

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 11 AVRIL 2007

WOENSDAG 11 APRIL 2007

Matin

Voormiddag

La séance est ouverte à 10.25 heures et présidée par Mme Colette Burgeon.

De vergadering wordt geopend om 10.25 uur en voorgezeten door mevrouw Colette Burgeon.

01 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van een levensnoodzakelijke bloedverdunner" (nr. 14237)

01 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'un anticoagulant vital" (n° 14237)

01.01 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag werd in juli 2006 ook gesteld. Dat is reeds een tijdje geleden. Een van mijn collega's in onze commissie heeft toen een mondelinge vraag gesteld. Professor De Maeseneer uit Gent, dokter Ivan Van der Meeren van de studiedienst van het Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten, dokter Van Duppen en ikzelf hebben ook een actie gedaan voor de terugbetaling van de bloedverdunner Marevan, waarvan de stofnaam warfarine is.

Sinds 1 mei 2006 wordt dat levensnoodzakelijke product niet meer terugbetaald. Er werd toen reeds verwezen naar het medisch belang van het product; ik zal dat dus niet helemaal opnieuw herhalen. De patiënten die een aandoening hebben waarbij het bloed moet worden verdund, zijn genooddaakt het product levenslang te nemen. Naar schatting moeten 20.000 patiënten het geneesmiddel nemen. De overschakeling van Marevan naar een ander geneesmiddel dat wel wordt terugbetaald, een andere bloedverdunner, geeft in de praktijk vaak aanpassingsproblemen.

Mijnheer de minister, u antwoordde destijds aan mijn collega dat u op de hoogte was van de situatie en dat u zich ten volle bewust was van de moeilijkheden die bepaalde patiënten kunnen ondervinden. U betreurde dat. U zei dat u uw diensten zou laten onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om eventueel opnieuw in terugbetaling van het geneesmiddel te voorzien.

Daarom heb ik volgende vragen, vermits wij toch reeds een aantal maanden verder zijn.

Wat is de stand van zaken in verband met het dossier?

Hebt u reeds meer juridische duidelijkheid om Marevan weer op de lijst van vergoedbare specialiteiten te plaatsen?

Ik heb het product als symbool genomen. Het gaat over een aantal producten. Het gebeurt meer en meer. Ik wil eens kijken hoe wij in de praktijk kunnen oplossen dat bedrijven hun geneesmiddel schrappen uit de terugbetalingsregeling.

01.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw Detiège, ik heb het genoeg u te melden dat op mijn vraag de firma Therabel een nieuwe aanvraag heeft ingediend voor terugbetaling van haar specialiteit Marevan bij de Commissie voor Terugbetaling van Geneesmiddelen.

De publicatie van de terugbetaling in het Staatsblad heeft pas in maart plaatsgevonden. Het geneesmiddel Marevan wordt dus sinds maandag 2 april weer terugbetaald. Ik hoop de patiënten die de behandeling nodig hebben, van dienst te zijn geweest.

01.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Het is jammer dat het de firma is die de aanvraag opnieuw heeft ingediend en dat wij nog altijd niet de kracht hebben om het via onze wegen op te leggen. We kunnen wel politiek druk uitoefenen op de bedrijven. Daar zijn we blijkbaar in geslaagd. Ik hoop dat we niet afhankelijk van de bedrijven zelf. Daarvoor zullen we nog meer juridisch-technisch onderlegd moeten zijn. Dank u voor het goede nieuws.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

02 Question de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la conclusion de nouvelles conventions nCPAP en province de Luxembourg" (n° 14340)

02 Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het sluiten van nieuwe overeenkomsten voor de behandeling met nCPAP in de provincie Luxemburg" (nr. 14340)

02.01 Joseph Arens (cdH): Madame la présidente, monsieur le ministre, je me permets de revenir sur un sujet à propos duquel je vous avais déjà interrogé il y a quelque temps, à savoir le syndrome d'apnée du sommeil. Ce syndrome constitue une pathologie très fréquente; il peut concerner jusqu'à 10% de la population. Il est sous-diagnostiqué, ce qui favorise l'émergence de multiples pathologies secondaires, en particulier cardio-vasculaires et neurologiques, ainsi que de nombreux accidents de travail et de roulage.

L'INAMI met à la disposition des patients atteints d'une forme grave de cette maladie un appareil respiratoire, le CPAP. La mise à disposition se fait via une convention entre l'institution hospitalière et l'INAMI. À l'heure actuelle, aucun centre agréé par l'INAMI n'existe dans la province de Luxembourg. De ce fait, les patients diagnostiqués doivent se rendre dans des hôpitaux de Namur et de Liège afin de bénéficier de ce traitement.

En réponse à ma question, vous m'informiez qu'une proposition du Collège des médecins-directeurs visant la conclusion de nouvelles conventions CPAP serait bientôt examinée par le Comité de l'assurance. Vous attendiez également l'avis de la Commission de contrôle budgétaire sur la proposition.

Monsieur le ministre, qu'en est-il de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire par rapport à cette proposition? La conclusion de nouvelles conventions est-elle envisagée dans le budget 2007? Le Comité de l'assurance a-t-il examiné ce dossier? Envisagez-vous une convention CPAP pour la province de Luxembourg?

02.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, monsieur le député, je vous informe que le comité de l'assurance a approuvé en janvier 2007 le texte-type de la nouvelle convention nCPAP ("nasal continuous positive airway pressure") ainsi que les textes-types de deux autres conventions. Cet ensemble de textes est destiné à remplacer la convention en matière d'assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile. Depuis lors, étant donné le nombre de candidatures reçues et en raison de la difficulté de mener à bien la sélection des futurs établissements, notamment au regard de la nécessité d'assurer une répartition géographique aussi équilibrée que possible, le comité d'assurance a décidé de reporter la date d'entrée en vigueur de ces conventions au 1^{er} juillet 2007.

Ce délai devrait laisser le temps nécessaire aux instances gestionnaires de l'INAMI d'organiser cette sélection. Le comité de l'assurance conclura probablement plus ou moins 55 nouvelles conventions nCPAP. Ceci correspond au nombre actuel de conventions de ce type.

Tous les hôpitaux ont été informés de ces nouvelles conventions ainsi que de la procédure à suivre pour déposer leur candidature. Au total, 74 établissements ont introduit à temps leur candidature pour la convention nCPAP, parmi lesquels trois sont situés en province de Luxembourg. Je m'attends à ce qu'un hôpital conventionné y soit établi, pour autant qu'un hôpital de cette province satisfasse aux critères prévus par la convention.

Ces critères se rapportent évidemment à l'infrastructure nécessaire pour l'examen du sommeil et à la composition de l'équipe des hôpitaux conventionnés. Comme les nouvelles conventions devront entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2007, le comité de l'assurance devrait avoir sélectionné les premiers hôpitaux candidats avant la fin du mois de juin.

02.03 Joseph Arens (cdH): Je remercie le ministre pour cette réponse. Me serait-il possible d'obtenir les noms des trois hôpitaux du Luxembourg qui ont introduit leur dossier?

02.04 Rudy Demotte, ministre: Je vais les demander. D'ici la fin de la réunion, vous les recevrez.

02.05 Joseph Arens (cdH): Je vous remercie

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

03 Question de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le transport transfrontalier par ambulance" (n° 14341)

03 Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het grensoverschrijdend vervoer per ambulance" (nr. 14341)

03.01 Joseph Arens (cdH): Madame la présidente, la problématique de l'aide médicale urgente est réelle. Elle l'est d'autant plus dans les régions transfrontalières.

Il est sans doute rare de voir des interventions des ambulanciers et du SAMU luxembourgeois sur le territoire belge et des interventions belges sur le territoire luxembourgeois, par exemple, mais elles existent. Il arrive en effet que des appels d'urgence envoyés à partir du territoire belge aboutissent au central de secours d'un pays voisin, notamment par le fait du recoupement des réseaux de gsm.

En décembre 2004, le Parlement Benelux a adopté une recommandation invitant les gouvernements des trois pays du Benelux à procéder dans les meilleurs délais à la signature du projet de convention relative au transport transfrontalier en ambulances.

Monsieur le ministre, l'aide médicale d'urgence dans un pays voisin peut-elle être apportée à l'heure actuelle sans écueil d'ordre juridique, financier ou administratif?

Une convention relative à la coopération transfrontalière dans ce domaine existe-t-elle?

Dans la négative, quelles sont les raisons pour lesquelles un accord n'a pas encore été conclu?

Qu'en est-il des situations de non-urgence?

03.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, monsieur Arens, comme vous le mentionnez, les cas d'intervention des moyens belges au Luxembourg et inversement sont extrêmement rares. C'est la raison pour laquelle il n'existe aucune statistique pertinente à ce sujet.

De l'aveu de l'administration luxembourgeoise comme de la mienne, il n'existe pas de demande.

Toutefois, rien ne s'oppose à un règlement formel. Je tiens d'ailleurs à ce que vous sachiez qu'il existe une réelle volonté en la matière.

En ce qui concerne la mise en œuvre de la résolution du Parlement Benelux, j'ai récemment approuvé la demande de mon administration de réaliser, avec le Luxembourg, une convention entre nos administrations. Le secrétariat Benelux propose en outre son aide pour organiser l'information locale et faciliter le trajet de signature, aide que j'accepte bien volontiers.

En ce qui concerne le transport non urgent, je vous propose de vous adresser à l'organe compétent, en l'occurrence le gouvernement wallon si vous désirez obtenir davantage d'informations.

03.03 Joseph Arens (cdH): Madame la présidente, monsieur le ministre, si je vous ai bien compris, vous

êtes favorable à une convention entre la Belgique et le Grand-Duché concernant les transports d'urgence.

03.04 Rudy Demotte, ministre: Monsieur Arens, j'ai dit que les statistiques ne révèlent pas un besoin urgent en la matière. Toutefois, je répète que je ne suis pas opposé à la signature d'un tel accord et que j'ai pris des dispositions pour que cela soit possible.

03.05 Joseph Arens (cdH): Vous pouvez donc dire que vous y êtes donc favorable.

03.06 Rudy Demotte, ministre: En langue non diplomatique et pour parler de façon directe: oui.

03.07 Joseph Arens (cdH): Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance de la fibromyalgie" (n° 14366)

04 Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van fibromyalgie" (nr. 14366)

04.01 Joseph Arens (cdH): Madame la présidente, monsieur le ministre, bien que le terme fibromyalgie soit relativement récent, le syndrome qu'il désigne est connu depuis des années sous d'autres noms. Cette maladie se caractérise par une douleur manifeste des muscles. Elle a un caractère progressif et évolutif et est particulièrement difficile à diagnostiquer.

Je souhaiterais vous interroger aujourd'hui sur la reconnaissance de cette maladie.

Vous avez déjà été interrogé sur la question et vous précisiez qu'il n'y avait pas de dossier de reconnaissance en tant que tel de la fibromyalgie mais vous confirmiez que les centres de référence de la douleur chronique prendraient cette maladie en charge. De plus, vous annonciez que le comité de l'assurance de l'INAMI avait désigné neuf centres avec lesquels une convention serait conclue. Des patients pourraient s'y présenter pour recevoir un diagnostic et y recevoir un avis quant à la prise en charge médicale et sociale de cette pathologie.

Monsieur le ministre, pouvez-vous m'informer de l'évolution de la reconnaissance de la maladie?

Les centres de la douleur chronique prennent-ils en charge la fibromyalgie?

Qu'en est-il de la conclusion des conventions avec les neuf centres désignés par l'INAMI?

Un de ces centres existe-t-il dans la province de Luxembourg?

04.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, monsieur le député, premièrement, l'INAMI ne reconnaît pas officiellement les maladies en tant que telles. Cela vaut aussi bien pour la grippe que pour la fibromyalgie. Toutefois, l'INAMI reconnaît que la fibromyalgie est une affection et qu'elle peut entraîner de lourdes conséquences pour les patients. En effet, pour les patients qui souffrent de fibromyalgie, il existe un remboursement favorable d'un certain nombre de prestations. Je songe ici à la kinésithérapie, puisque vous évoquiez les problèmes liés aux muscles. Il y a des codes de nomenclature qui prévoient des prestations de santé spécifiques.

Deuxièmement, ce sont en effet les centres de référence de la douleur chronique qui prennent en charge les patients souffrant de fibromyalgie. Cette maladie pose beaucoup de problèmes sur le plan de son diagnostic. On a mis longtemps à la reconnaître. J'ai donc fait en sorte qu'avec les facultés de médecine, les formations soient plus pointues dans ce domaine et que les médecins soient formés à pouvoir répondre à cette émergence d'une maladie qui était mal connue jusqu'à présent.

Troisièmement, je vous confirme que le comité d'assurance a signé une convention avec neuf centres de référence de la douleur chronique. Actuellement, il n'existe pas un tel centre de référence dans la province de Luxembourg, ni d'ailleurs dans celle du Hainaut, qui représente 40% de la population wallonne, parce que les hôpitaux candidats de ces provinces ne disposaient pas d'une expérience suffisante pour pouvoir figurer en tant que centre de référence. L'expérience suffisante est aussi liée à l'explication que je vous ai donnée sur l'identification de la maladie et de son traitement.

Le comité de l'assurance a cependant réservé des places supplémentaires pour la province de Luxembourg et la province du Hainaut aux centres de référence répondant aux conditions requises, et ce de manière à ce que les soins prodigués dans ce type de centre soient accessibles à tous les patients dans le pays ayant besoin de cette forme de prise en charge.

Il n'y a pas non plus de centre de référence dans la province du Brabant wallon. Toutefois, les habitants de cette province ont la possibilité de s'adresser aux deux centres bruxellois qui ne sont pas très éloignés.

J'ajouterai encore un dernier élément concernant les douleurs chroniques. Nous avons fait en sorte que, désormais, un certain nombre de médicaments ayant trait notamment au soulagement des peines chroniques – je pense notamment aux molécules qui soulagent les petits bobos ordinaires que nous prenons tous quand on a des maux de têtes – soient dans le cas des fibromyalgies et autres douleurs chroniques, remboursées de manière préférentielle.

04.03 Joseph Arens (cdH): Madame la présidente, j'aimerais connaître le centre le plus proche de la province du Luxembourg

04.04 Rudy Demotte, ministre: À mon sens, cela doit être en province de Namur ou Liège en fonction de l'endroit où on habite au Luxembourg. Vous connaissez tout le problème du nord et du sud Luxembourg

04.05 Joseph Arens (cdH): Le sud Luxembourg est très loin de tout.

04.06 Rudy Demotte, ministre: D'où le besoin de collaboration avec nos amis luxembourgeois.

04.07 Joseph Arens (cdH): C'est ce que je ne cesse de répéter. Merci, monsieur le ministre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beroep op het Bijzonder Solidariteitsfonds bij nieuwe cardiologische technieken" (nr. 14565)

05 Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours au Fonds spécial de solidarité pour les nouvelles techniques en cardiologie" (n° 14565)

05.01 Jo Vandeurzen (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag is uiteraard geïnspireerd door een aantal schrijnende situaties, waarvan ook in de pers melding werd gemaakt en die te maken hebben met de terugbetaling van een aantal dure, cardiologische ingrepen.

Het thema van de cardiologie, de hartziekten en de behandeling ervan, is uiteraard niet vreemd, al was het maar wegens van de grote discussies over de te erkennen centra, maar hier gaat het specifiek over terugbetaling van een aantal ingrepen.

Er is in de cardiologie en meer bepaald in de invasieve cardiologie – en niet het minst op technologisch vlak – een hele evolutie aan de gang. De zaken gaan steeds sneller en er ontstaat als het ware een soort vacuüm in de financiering van een aantal prestaties en materialen. Men verschuift vele behandelingen van de cardiochirurgie naar de meer invasieve cardiologie en dan ziet men de problemen ontstaan. Dingen die normaal gezien, gefinancierd zouden worden buiten het operatiekwartier, verschuiven nu naar het operatiekwartier en dan moeten ook daar de kosten worden gefinancierd via de pathologiefinanciering en het budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen.

Die cardiochirurgische ingrepen gaan steeds nieuwe hulpmiddelen vergen die zeer kostbaar zijn en men gebruikt bij de invasieve cardiologie vaak zeer dure materialen. Het gaat vaak om ingrepen bij kinderen, wegens aangeboren hartafwijkingen. Het gaat ook over het plaatsen van hartkleppen op een bijzondere manier, via allerlei nieuwe technieken, wat vaak kenmerkend is. Het gaat over materiaal dat vaak op maat moet worden gemaakt. Het is geen standaardmateriaal. Het gaat over materiaal dat in kleine hoeveelheden wordt geproduceerd.

Het gaat soms over experimentele technieken, of bijna-experimentele technieken. Het gaat vaak over

prijzen, die in de geneeskunde of de cardiologie hoog moeten worden genoemd. Terugbetaling is dan een probleem. Het duurt soms jaren vooraleer er kan over worden gesproken. De techniek evolueert vaak sneller dan de administratie of de regelgeving, maar dat is voor u wellicht een bekend fenomeen.

De vraag is of de betrokken patiënten een beroep kunnen doen op het Bijzonder Solidariteitsfonds. U weet dat daaraan een aantal voorwaarden zijn verbonden. Het mag niet gaan over experimentele technieken. Het moet gaan over gevestigde technieken en materialen. Dat is natuurlijk vaak een probleem. Het moet gaan over prestaties of materialen die niet in de nomenclatuur bestaan en uiteraard zegt men dan ook dat er geen alternatieve behandelingswijzen mogen bestaan.

Ik heb de indruk dat steeds meer uitdrukkelijk het probleem zich stelt dat met name het al of niet experimenteel karakter van bepaalde behandelingstechnieken of materialen, uitsluitingsgrond is voor de terugbetaling in het Solidariteitsfonds, terwijl het natuurlijk voor betrokkenen, zoals de ouders van de patiëntjes – het zal je maar overkomen – dit zeer belangrijke aangelegenheden zijn en het vaak over dure zaken gaat.

Mijnheer de minister, erkent u die evolutie en de manier waarop dat probleem zich nu in hoofdte van de patiënt nogal extreem kan stellen? Op welke manier kan men voor dit soort fenomenen een adequate oplossing uitwerken?

05.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Vandeurzen, de problematiek van de plaatsing van hartkleppen via percutane weg is mij goed bekend. Voor dergelijke medische technieken voorziet artikel 25quater in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds een bijzondere procedure. Om daarvoor in aanmerking te komen, moet zo'n verstrekking voldoen aan de volgende voorwaarden.

Ten eerste moet de medische verstrekking duur zijn, wat hier het geval is. Ten tweede moet de medische verstrekking zeldzaam zijn. Ten derde moet de medische verstrekking door de gezaghebbende medische instantie op gemotiveerde wijze aangeduid zijn als de aangewezen wijze voor de behandeling van een bedreiging van de vitale functies van de rechthebbende en het experimentele stadium voorbij zijn. Na een kosten-batenafweging, moet vervolgens een belangrijke meerwaarde aangetoond worden. De laatste voorwaarde is dat bij de technische geneeskundige raad van het RIZIV een aanvraag moet worden ingediend om de medische meerwaarde te evalueren of een tegemoetkoming te bekomen van de gevraagde verstrekking.

Er moeten via de betrokken verzekeringsinstellingen procedureel twee stappen worden ondernomen, ten eerste bij de bevoegde technische raad - hier de Technische Raad voor Implantaten - en ten tweede bij de Bijzondere Raad van het Solidariteitsfonds. Als de techniek gunstig onthaald wordt, moet het College van geneesheren en directeurs aan het verzekeringscomité bij de Dienst voor geneeskundige zorgen van het RIZIV een voorstel tot tegemoetkoming indienen. Als het verzekeringscomité ermee instemt, kan het college aan elk geval dat aan de voorwaarden van het voorstel beantwoordt, gedurende maximum twee jaar een tussenkomst verlenen. Dit is lang genoeg om desgevallend binnen de ZIV een structurele oplossing te vinden.

Recent werd deze procedure toegepast voor de laserbehandeling van wijnplekken, die normaliter vanaf 1 maart 2007 in de gewone nomenclatuur van de geneeskundige verstrekking zal worden opgenomen. Ik kan u dus aanbevelen desgewenst de nodige stappen te ondernemen en u verzekeren dat de procedure tot op het einde zal worden gevolgd.

05.03 **Jo Vandeurzen** (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Er zijn twee elementen. Enerzijds is er de snelheid van de procedure. Vaak neemt het wat tijd in beslag en zijn de ouders en de patiënt geconfronteerd met een grote dringendheid van de vraag. Anderzijds is het de vraag of het al dan niet nog gaat om een experimentele techniek of experimenteel materiaal. Als ik de minister goed heb gehoord is dit een vraag die binnen de ziekteverzekering moet worden geëvalueerd. De boodschap en het signaal moet dan ook zijn dat degenen die zich op het terrein bezighouden met zulke nieuwe technieken, zeer duidelijke vragen moeten stellen aan het RIZIV en dat een maatschappelijk debat zich opdringt. Het zal niet de laatste keer zijn dat we met dit soort dilemma's worden geconfronteerd. Ik hoop dat men bij het RIZIV de nodige flexibiliteit en snelheid kan aan de dag leggen om ter zake opties te nemen die voor de patiënten antwoorden kunnen bieden.

05.04 Minister **Rudy Demotte**: Door mijn ervaring kan ik bevestigen dat de mensen die een beroep doen op het Solidariteitsfonds in het algemeen toch zeer vlug een antwoord krijgen.

Wat betreft de experimentele wijze waarop de techniek moet worden geëvalueerd, het volgende. Men spreekt hier van een zeldzame techniek, dus geen techniek die regelmatig wordt gebruikt. Het gaat hier dan ook over een zeldzame procedure.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Mevrouw De Meyer is niet aanwezig en ik ga dus over tot het volgende agendapunt, met name de vraag van mevrouw Detiège.

06 **Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kankerverwekkende stof benzeen in frisdranken" (nr. 14574)**

06 **Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de benzène, une substance cancérigène, dans les boissons rafraîchissantes" (n° 14574)**

06.01 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het is niet mijn bedoeling om paniek te zaaien, maar ik stel deze vraag bewust omdat er steeds meer acties zijn, bijvoorbeeld rond borstkanker, screenings van de prostaat of andere dingen, om de maatschappij bewust te maken er iets aan te doen.

Het is algemeen geweten dat benzeen een kankerverwekkende stof is. Zij is onder meer aanwezig in superbenezine, dat via de uitlaatgassen in de lucht terechtkomt. Wij zouden dagelijks zo'n 200 microgram van deze stof inademen. Ook sigaretten bevatten deze schadelijke stof en verhogen het risico op kanker. Ook in frisdranken werden concentraties benzeen teruggevonden die twee tot zes keer hoger liggen dan de WGO als veilig vastlegt voor drinkwater, met name 10 microgram per kilogram.

Er is ook een onderzoek geweest door het Britse voedselagentschap in maart 2006. Dat onderzoek toonde aan dat 30% van de onderzochte frisdrankstalen benzeen bevatten, sommige meer dan 10 microgram per kilogram en andere variërend van 1 tot 10 microgram per kilogram. In 70% van de onderzochte stalen vond men geen opspoorbare concentraties benzeen, wat voor mij positief was. Dat geeft ook aan dat het technisch mogelijk is frisdranken te produceren zonder de kankerverwekkende stof benzeen.

De belangrijkste oorzaak van de vorming van het product – de producenten voegen het product immers niet toe – is de combinatie van het gebruik van benzoëzuur, een bewaarmiddel, en ascorbinezuur, algemeen gekend onder de naam vitamine C. Vitamine C wordt meestal toegevoegd als antioxidant en wordt door de producent bewust toegevoegd: meestal wordt dan een citroentje op de doos gedrukt en iedereen denkt dan dat men gezond bezig is.

De aanwezigheid van suiker lijkt de chemische reactie tussen die twee producten af te remmen. Dat betekent concreet dat bij lichtproducten de kans op benzeenvorming groter is. Ook het licht heeft invloed op het versnellen van de reactie. Transparante flessen kunnen die reactie dus nog extra in gang zetten.

Uit een onderzoek in België blijkt dat men in drie van de achttien geteste Belgische frisdranken concentraties vond die hoger lagen dan de referentienorm voor drinkwater. Ik herhaal dat er geen reden is voor paniek. Men mag niet denken dat men in België geen lichtproducten meer mag drinken. Uiteindelijk komt het erop neer dat men 20 liter frisdrank zou moeten drinken.

Ik vraag mij af of het mogelijk zou zijn dezelfde concentratie te hebben als wat men nu inademt in de lucht. Wij zouden de ministers die verantwoordelijk zijn voor het milieu, de vraag kunnen stellen hoe het zit met het benzeengehalte en of er op dat vlak niets kan worden gedaan. Dat is echter niet uw domein, mijnheer de minister, maar dat van collega-ministers.

Ik zal ook hen daarover interpellieren.

Wat mij wel opvalt, is dat men het kan vermijden. Men kan benzeen in die frisdranken vermijden. Hoe kan men dat vermijden? Door benzoëzuur – of de zouten daarvan, zoals natriumbenzoaat – niet meer toe te voegen, maar een ander bewaarmiddel – sorbinezuur bijvoorbeeld – toe te laten. Ik heb vernomen dat er

enkele firma's zijn die, in samenwerking met Aldi bijvoorbeeld, al bewust gekozen hebben voor de overschakeling van benzoëzuur of natriumbenzoaat naar een ander bewaarmiddel. Delhaize zou tests aan het doen zijn. Mijn vraag is of dit wettelijk kan worden vastgelegd. Het kan toch niet dat in België bepaalde normen soms toch nog worden overschreden. Drie van de achttien voldeden immers niet aan de Belgische normen.

In heel dat verhaal – want iedereen weet wat de gevolgen zijn van kanker, en iedereen weet dat benzeen een gevaarlijk product is – zou ik het toch op prijs stellen dat u, in uw hoedanigheid van minister van Volksgezondheid, concreet reageert.

06.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw Detiège, ik ben goed op de hoogte van de problematiek van benzeen in frisdranken en van het onderzoek waarover u het hebt. Benzeen kan inderdaad in frisdranken gevormd worden door de combinatie van benzoaat, vitamine C of dus ascorbinezuur, en licht. Dat hangt af van factoren als tijd, temperatuur, de aanwezigheid van stimulerende metaalionen, en van de aanwezigheid van remmende stoffen als suiker.

Ik wens, enerzijds, op te merken dat de waargenomen concentraties zeer laag zijn. Toch moeten in het licht van de genotoxische cancerogenen die concentraties zo laag mogelijk zijn en blijven. Anderzijds, wordt de kwestie van nabij gevolgd door mijn diensten, zowel door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu als door het FAVV. Op Europees niveau is de kwestie van het concentratieniveau, dat “as low as reasonably achievable” moet zijn, het onderwerp geweest van vele besprekingen, met name binnen het Permanent Comité. Dat niveau kan worden geïnterpreteerd als equivalent aan 10 microgram per kilogram.

Dat betekent concreet dat frisdranken die zich onder de grens van 10 microgram per kilogram bevinden volledig toegestaan zijn op de markt, wat niet het geval is voor die welke zich boven die grens van 10 microgram per kilogram bevinden. Er bestaan op dit ogenblik nog geen officiële publicaties van de norm door de Europese Gemeenschap.

Om in België zo goed mogelijk met die problematiek te kunnen omgaan hebben mijn diensten contact opgenomen met de betrokken nijverheid. Er hebben reeds vergaderingen plaatsgevonden en andere vergaderingen zijn nog gepland. Daardoor zullen de standpunten van iedereen bekend zijn en kan er worden vastgesteld welke maatregelen inzake die materie kunnen worden genomen.

Ik wil nog zeggen dat voor de toekomst zo'n Europese norm ons natuurlijk zou helpen. Een normering door de Europese instanties zou een gemeenschappelijke basis kunnen bieden voor de verschillende lidstaten.

06.03 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Als ik u goed begrepen heb, wacht u op de Europese norm?

06.04 Minister **Rudy Demotte**: In de tussentijd hebben wij verscheidene vergaderingen gehouden en er zijn nog vergaderingen gepland met de meerderheid om te bepalen welke drempels gerespecteerd moeten worden.

06.05 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Uiteindelijk heeft een aantal toch de huidige norm overschreden. Worden die dan aangepakt, of hoe doet u dat dan?

06.06 Minister **Rudy Demotte**: We hebben nog geen wettelijke basis om dat te doen. We moeten er ook rekening mee houden dat verschillende regels op Europees niveau moeten aangepast zijn. Men moet immers tegelijkertijd met twee elementen rekening houden: de wetten op de concurrentie en de gezondheidszorg. Wat mij zeer bekommert, is natuurlijk mijn prioriteit: de gezondheidszorg. Ik wil niet wachten tot op het Europese niveau een nieuwe regel wordt opgesteld om zelf initiatief te nemen en daarom plan ik een nieuwe vergadering.

06.07 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Ik wacht met interesse op de Europese normgeving. Het is spijtig dat in zulke dossiers altijd de concurrentiewetgeving speelt, want dat is uiteindelijk wel pijnlijk. Dat is ook zo in de apotheken. Van benzeen wordt aanvaard en weet iedereen dat het kankerverwekkend is. Als men dat kan vermijden, haal het er dan gewoon helemaal uit. Dat is de meest nuchtere reactie die men kan hebben. Ik vind dat heel spijtig en begrijp dat u daar als minister vastzit.

06.08 Minister **Rudy Demotte**: Dat is het probleem met de manier waarop Europa tot nu toe opgebouwd

wordt. Men moet onthouden dat gezondheidszorg een subsidiaire materie blijft. Het zijn dus de lidstaten die het initiatief moeten nemen. Tegelijkertijd bestaat er een Europees kader dat bepaalt dat de wetten op de concurrentie moeten nageleefd worden. Men heeft dus een wat asymmetrische behandeling van de twee aspecten. Mijn bezorgdheid is de verdediging van de gezondheidszorg en niet het gebruiken ervan om de interne markt te verdedigen tegen producten uit andere landen. Hier is de prioriteit initiatieven te kunnen nemen op Europees vlak, omdat als dergelijk initiatief niet genomen is, men altijd kan denken dat de drempels zeer subjectief zijn. Men zou niet kunnen aanvaarden dat we grote verschillen zouden kennen met Frankrijk, Nederland en Duitsland. Dat zou voor de consument niet aanvaardbaar zijn.

06.09 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik zal mijn collega's in het Europees Parlement aanzetten om hiervan mee werk te maken.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

06.10 Maya Detiège (sp.a-spirit): Madame la présidente, j'ai encore une question au sujet des "LEIF-artsen". Elle est inscrite au point 43 de l'ordre du jour.

Het is een vraag over euthanasie.

La **présidente**: Peut-on la reporter car Mme Avontroodt est absente?

06.11 Maya Detiège (sp.a-spirit): Cela revient au même pour elle si j'ai une réponse aujourd'hui.

06.12 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw Detiège, ik kan u het antwoord ook schriftelijk bezorgen.

La **présidente**: Je suis embêtée car Mme Avontroodt avait inscrit sa question avant vous.

06.13 Maya Detiège (sp.a-spirit): Ik zal mevrouw Avontroodt eens bellen.

07 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de certaines vitamines" (n° 14458)

07 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van sommige vitamines" (nr. 14458)

07.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, une analyse des résultats de plusieurs études publiée le mardi 27 février 2007 dans "The Journal of the American Medical Association" (JAMA) révèle que le fait de prendre des compléments en vitamines A et E et du bêta-carotène pourrait accroître les risques de mortalité. Selon cette analyse, la prise de compléments de vitamines A et E et de bêta-carotène entraînerait un accroissement de 5% des risques de mortalité parmi un groupe d'environ 181.000 personnes. "La consommation de vitamine E, de bêta-carotène et de vitamine A a été associée à une augmentation du risque de mortalité de respectivement 4%, 7% et 16% alors qu'il n'y en a eu aucune avec la vitamine C ou le sélénium", ont indiqué les chercheurs.

L'analyse systématique montre que le bêta-carotène, les vitamines A et E pris séparément ou combinés avec d'autres antioxydants augmente de façon significative les risques de mortalité. Utilisant des banques de données électroniques et des dossiers médicaux individuels, le Dr Goran Bjelakovic du centre de recherches cliniques de l'Hôpital universitaire de Copenhague et ses collègues ont analysé les résultats d'essais cliniques qui portaient au total sur 232.606 participants. Ces chercheurs ont sélectionné 47 essais cliniques conduits sur 180.938 personnes dont les résultats avaient peu de risques d'avoir été faussés par la méthodologie.

Quels enseignements tirez-vous de ces études? Vous semblent-elles fiables? En tout état de cause, ne conviendrait-il pas de mettre en garde les utilisateurs de tels produits par un étiquetage approprié?

07.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la députée, le stress oxydatif est impliqué dans la genèse des maladies chroniques et notamment du cancer. Les scientifiques ont donc logiquement pensé à combattre ce stress par l'usage d'anti-oxydants afin d'en retirer un effet bénéfique pour la santé.

De nombreuses études ont été menées dans ce but, certaines à très grande échelle et des travaux sont encore en cours, comme vous pouvez vous en douter. Les essais de supplémentation ont surtout utilisé des substances anti-oxydantes naturelles. Il s'agit de vitamines ou d'oligo-éléments. Les vitamines concernées sont la vitamine A ou ses précurseurs sous forme de carotène, la vitamine C et la vitamine E. Les oligo-éléments intéressants sont le sélénium et le zinc.

Les prises peuvent être potentiellement utiles pour atteindre le niveau pharmacologique; elles dépassent 5 à 20 fois la dose nutritionnelle recommandée par notre Conseil supérieur d'Hygiène. Dans l'ensemble, les essais publiés se sont avérés décevants malgré leur ampleur et leur rigueur bien au contraire des résultats inattendus et jugés paradoxaux qui en sont parfois sortis.

À titre d'exemple, l'étude ATBC où des suppléments prétendument préventifs et importants de vitamine A et E étaient prévus auprès de 30.000 fumeurs: le cancer du poumon fut même plus fréquent que dans le groupe supplémenté en carotène. Dans ce groupe, la consommation tabagique avait aussi curieusement augmenté.

Une autre grande étude a été lancée en France: l'étude SUVIMAX. Près de 13.000 hommes et femmes en bonne santé ont pris un cocktail quotidien de cinq éléments, à savoir la vitamine E, la vitamine C, le bêta-carotène, le zinc et le sélénium. Les éléments obtenus après 8 ans de suivi vont dans un sens différent: la mortalité n'a diminué que chez les hommes; le risque de présenter un cancer quelconque a diminué de 31% et le risque de mourir de maladies cardiovasculaires a diminué de 37% sur la période de surveillance. Les exemples qui pourraient être cités sont nombreux.

Dans votre question, vous faites référence à une publication parue en février dans le "Journal of the American Medical Association". Il y est fait part de 68 études plus ou moins rigoureuses ayant donné lieu à près de 400 publications.

Que prétend cette méta-analyse qui fait l'objet de la présente question? La vitamine C prise de façon courante et largement disponible, même en dehors des pharmacies, n'est pas mise en cause. Il en va de même pour le sélénium qui demeure un nutriment dont l'usage en supplément alimentaire est sans doute plus confidentiel.

Le risque potentiellement lié à la vitamine E reste marginal, car l'accroissement du risque varie dans une fourchette d'incertitude entre 1 et 7%. Le risque lié au bêta-carotène est à peine supérieur, car le risque appréhendé se situe dans une zone d'erreur de 2 à plus de 11%.

Ce dernier point mérite cependant considération. Le carotène est le précurseur de la vitamine A. Or, c'est précisément la vitamine A qui est mise en cause. Elle expose à un risque accru nettement plus fiable et probant en termes statistiques. Les données sont nettement plus convaincantes puisque le risque augmente de 10 à 24% selon les auteurs danois de la publication.

Cela dit, quelles sont les lignes de fiabilité déjà présentées dans le travail cité par Mme Burgeon? Les limitations inhérentes sont celles d'une analyse de données mises ensemble et brassées. Les effectifs diffèrent fortement d'une étude à l'autre, allant de 24 à 40.000 sujets. Voyez la diversité d'études! Certains travaux n'incluent aucune femme. Les suppléments sont parfois donnés seuls ou, à l'inverse, combinés diversement entre eux. Cela rend la lecture plus difficile. Les doses administrées varient fortement allant de 1 à 50 mg pour le carotène et de 1.333 à 200.000 unités pour la vitamine A, etc.

En ce qui concerne les limitations, elles relèvent de méthodologies qui diffèrent dans la surveillance de leur suivi. On peut citer l'usage ou non d'un placebo ou encore des durées de suivi qui sont elles-mêmes peu comparables, le recul allant de 6 mois à 12 ans.

Enfin, les causes de décès signalées en excès ne sont pas identifiées. L'origine semble de diverse nature, ce qui ne facilite pas la compréhension du phénomène observé. Toutes ces limitations sont évidemment bien connues et citées par les auteurs de l'article eux-mêmes, mais on peut les rappeler.

Le travail présente certainement un mérite. Il indique que seule une étude mal conduite surestime l'effet présumé des antioxydants donnés en supplément. En d'autres termes, ce travail confirme avec encore plus de force que des suppléments vitaminiques A et E donnés à forte dose sont inutiles.

Va-t-on jusqu'à dire qu'ils sont néfastes? Cette conclusion ne peut être tirée avec certitude, car plusieurs substances agissant différemment sont ici souvent confondues, mais cette réalité n'en demeure pas moins possible.

Quelles sont les mesures protégeant la santé publique? Il faut d'abord faire la part des choses entre les différentes sources de vitamines. Il y a la prise médicamenteuse, d'une part, et la consommation d'aliments enrichis ou de suppléments alimentaires, d'autre part. En ce qui concerne les médicaments, l'Agence fédérale de médicaments et des produits de santé revoit maintenant systématiquement à la baisse la teneur en vitamine A des complexes vitaminiques.

Il n'existe pas non plus dans notre pays de vitamine A monodosée et peut-être encore un seul complexe vitaminique à teneur forte.

En ce qui concerne les suppléments alimentaires ou les denrées enrichies vendues dans le commerce, il faut rappeler que l'usage de compléments apparentés à des méga-vitamines a déjà fait l'objet de diverses mises en garde officielles. Dans son avis du 3 juin 1991, le Conseil supérieur d'Hygiène rappelait le risque de toxicité de la vitamine A. Cet avis attire l'attention particulière des femmes enceintes en raison de risques de malformation chez l'enfant à naître.

L'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires enrichies limite par arrêté royal du 30 juin 1992 les apports vitaminiques. Pour la vitamine A, l'apport doit se situer à moins de 15% d'un taux fixé à 2.700 unités et ne peut en aucun cas excéder 150%, soit 4.000 unités, pour permettre une allégation d'enrichissement.

Le Conseil supérieur d'Hygiène fixe l'apport nutritionnel quotidien souhaitable à 2.000 unités. Le Conseil s'exprime en tenant compte d'une marge de sécurité. Celui-ci considère qu'un seuil toxique n'est atteint que pour une prise minimale journalière de 7.500 unités.

Dans la publication citée par Mme Burgeon, les sujets ont pris en moyenne plus de 20.200 unités de vitamine chaque jour.

Enfin, les recommandations nutritionnelles récentes pour la Belgique mises à jour en août et en novembre 2006 "insistent à nouveau sur le risque tératogène mais aussi sur la marge étroite d'apport en vitamines acquis, qui se caractérisent tant par un risque de déficit que de toxicité aussi bien aigu que chronique."

Il est aussi certain que les questions soulevées ici par Mme Burgeon font l'objet d'une attention particulière au niveau belge mais aussi sur le plan européen

L'EFSA, l'Agence européenne de sécurité alimentaire, surveille tout spécialement les risques sanitaires des nutriments auxquels sont prêtées des allégations de santé.

07.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse complète. Vous avez parlé des mises en garde du 3 juin 1991, du 30 juin 1992, de mai et d'août 2006. Je crois que ces mises en gardes doivent être répétées.

C'est une nouvelle génération maintenant de jeunes filles qui peuvent donner naissance à des enfants et donc je suis pour cette nouvelle mise en garde.

Finalement, il faut dire aux gens que si on a une prise naturelle par une alimentation équilibrée de toutes les vitamines, ces compléments, sauf si on a une maladie particulière qui ne fixe pas les vitamines, ne sont pas nécessaires.

Or, je crois qu'il est maintenant plus facile pour les gens de prendre des petites fioles avec des vitamines ou des concentrés de légumes que de travailler au potager et de manger une nourriture équilibrée.

Il faut le dire aux gens, les informer, toujours répéter et taper sur le clou. On dit que l'enseignement est répétitif. C'est ce qu'il y a de mieux à faire. Je ne peux que vous encourager à les mettre en garde.

07.04 Rudy Demotte, ministre: Je voudrais ajouter deux choses importantes qui valent d'ailleurs pour la réponse précédente aussi, en tout cas la première.

Il est clair qu'il faut toujours nuancer les propos.

Premièrement, quand on parle ici de l'apport vitaminé, il doit répondre à un besoin, un diagnostic établi. Une alimentation saine conduit aux apports nécessaires quotidiens pour un développement harmonieux et équilibré et répond aux desseins formulés par les auteurs du Plan national Nutrition Santé. Une alimentation saine est effectivement la base d'une bonne santé.

Sur ce point, je voudrais ajouter que si l'on doit parfois recourir à des suppléments, il faut le faire de manière supervisée. Ce sont des spécialistes, diététiciens, médecins spécialisés dans les modes alimentaires qui doivent aider les personnes pouvant connaître des difficultés à s'alimenter dans des conditions de temps et de quantités par eux définies. On ne peut pas se diagnostiquer soi-même; on ne peut pas penser qu'on manque a priori de tel ou tel type de vitamine.

Par ailleurs, la Santé publique peut formuler la recommandation suivante.

Les citoyens doivent être conscients du fait que nous avons intérêt à ne pas faire de l'automédication ou de l'autocorrection alimentaire. Cela peut être nuisible pour la santé.

Quelle que soit la littérature scientifique à ce sujet, personne n'a le temps de la lire dans les détails.

Deuxièmement, il faut faire attention aux diverses études internationales. Je viens de le rappeler au travers des chiffres communiqués. Les cocktails de vitamines ne sont pas nécessairement distingués. Les périodes de prise de ces cocktails ou de vitamines précises sont extrêmement variables. La nature des cocktails est extrêmement variable. J'ajouterai que les populations cibles sont extrêmement variables aussi. Dans certains, vous n'avez aucune femme. Vous pouvez avoir des échantillons qui vont de quelques unités à plusieurs milliers. Il faut donc être prudent.

La principale recommandation que nous pouvons donner aux citoyens aujourd'hui est de manger sainement et de consulter des spécialistes, à commencer par les médecins généralistes, s'ils ressentent le besoin de corriger leur comportement alimentaire.

Ces corrections doivent provenir de personnes avisées.

07.05 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, j'adhère totalement à ce que vous venez de dire. La dernière partie devrait d'ailleurs être indiquée en grand, en long et en large, dans tous les cabinets médicaux et les pharmacies.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'encéphalopathie spongiforme transmissible" (n° 14459)

08 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "overdraagbare spongiforme encefalopathie" (nr. 14459)

08.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, le premier cas pour 2007 d'encéphalopathie spongiforme transmissible, dite aussi tremblante du mouton, a été détecté récemment sur une brebis appartenant à un exploitant installé dans la région de Waimès en province de Liège. L'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire a ordonné l'abattage de 85 moutons âgés de plus d'un an ainsi que 16 agneaux et deux chèvres qui ont pu entrer en contact avec l'animal contaminé. Les moutons de plus de six mois subiront un test et seront examinés pour leur résistance génétique à la maladie.

Depuis 1992, en Belgique, 70 cas d'EST ont été recensés chez les ovins. Cette affection est considérée dans cette espèce comme étant non transmissible à l'homme. La présence d'EST a été confirmée également depuis peu en France. À la suite de cette découverte, l'Union européenne a adapté sa campagne de dépistage.

En quoi consiste cette adaptation?

Qu'implique-t-elle pour notre pays?

Quelles seront les conséquences pour les contrôles effectués par l'AFSCA?
Les farines animales sont-elles autorisées dans les aliments pour ovins? Si oui, pourquoi?
N'y a-t-il pas, dans ce cas, un risque de contamination de la chaîne alimentaire?

08.02 Rudy Demotte, ministre: Madame, l'encéphalopathie spongiforme transmissible est l'appellation générique pour les maladies qui trouvent leur origine dans des modifications de type pathologique de la configuration spatiale de certaines protéines qu'on appelle les prions.

En ce qui concerne l'EST, nous pouvons considérer qu'il y a des pathologies qui sont principalement reconnues chez des animaux dans des formes que vous connaissez. Il y a d'abord la maladie dite de la tremblante classique, qui affecte les ovins et les caprins, mais aussi la tremblante causée par des souches de prions atypiques qui touchent les deux mêmes catégories d'animaux. L'encéphalopathie spongiforme bovine ou ESB touche, quant à elle, spécifiquement les bovins.

Chez l'homme, les formes principales d'EST sont la maladie de Creutzfeld-Jacobs, MCJ, et sa variante, VMCJ. Cette dernière est transmise à l'homme par l'ESB. La plupart des experts scientifiques considèrent que la tremblante n'est pas transmissible à l'homme mais, étant donné la sensibilité des ovins et des caprins à l'infection expérimentale par l'ESB, on suspectait depuis longtemps que certains cas de tremblante ne soient en fait des cas d'ESB.

Les tests de différenciation entre les souches de prions ont permis de confirmer en janvier 2005 un premier cas d'ESB chez une chèvre en France. Depuis lors, on soupçonne l'apparition de cas chez deux moutons en France et un mouton à Chypre. Ces derniers cas doivent encore être vérifiés.

Le règlement n° 1.041/2006 de la Commission européenne du 7 juillet 2006 impose une surveillance renforcée des encéphalopathies spongiformes transmissibles chez les ovins. Cette mesure a pour but de déterminer dans les plus brefs délais la prévalence de l'encéphalopathie spongiforme bovine chez cette espèce animale.

Pour la Belgique, elle implique le dépistage par test rapide à l'abattoir de tous les ovins âgés de 18 mois et plus; au clos d'équarrissage d'un minimum de 3.000 ovins sur une base annuelle, âgés de 18 mois ou plus. En outre, un examen complémentaire des cas positifs d'EST est pratiqué systématiquement au moyen d'un test moléculaire de différenciation permettant de distinguer la tremblante et l'ESB. Ce test est imposé par le règlement 36/2005 de la Commission européenne du 12 janvier 2005. De plus, la surveillance des animaux présentant des signes cliniques et des troupeaux infectés reste d'application.

L'ensemble de ces mesures permet de préciser la prévalence des EST, et en particulier de l'ESB, dans la population ovine. En Europe, les farines animales ne sont plus autorisées dans l'alimentation des animaux destinés à la production d'aliments depuis 2001. C'est ce que l'on appelle le "feed ban".

Dès 1994, il existait une interdiction d'utiliser des protéines de mammifères dans l'alimentation des ruminants. Les ovins ne peuvent donc pas recevoir de farines animales.

En outre, tous les tissus des animaux susceptibles d'être porteurs de prions infectieux – donc les matériaux à risque spécifique ou MRS – sont collectés en tant que matières de catégorie 1 au sens du règlement 1.774/2002 du Parlement européen et du Conseil du 3 octobre 2002, puis traités dans une usine de transformation agréée par les autorités régionales, et éliminés comme déchets par co-incinération dans des usines d'incinération ou de co-incinération (cimenteries).

Ces mesures limitent donc considérablement les risques de contamination de la chaîne alimentaire.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verplichte tweede consult bij een euthanasieverzoek" (nr. 14845)

- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie en de vergoeding van LEIFartsen" (nr. 14993)

09 Questions jointes de

- Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consultation obligatoire d'un deuxième médecin en cas de demande d'euthanasie" (n° 14845)
- Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement et la rémunération des médecins EOL" (n° 14993)

09.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn collega Yolande Avontroodt en ikzelf zijn bezorgd over de LEIFartsen, dat zijn de Nederlandstalige artsen, en het forum EOL, de Franstalige artsen, die bezig zijn met de intercollegiale deskundigheidsbevordering op het gebied van beslissingen in verband met het levenseinde.

Wij stellen deze vraag naar aanleiding van de hoorzittingen die wij in de commissies hebben gehouden en de vragen van professor Distelmans, die heel befaamd is op dit vlak. In 2003, na de goedkeuring van de euthanasiewet, ontstonden een aantal projecten om tegemoet te komen aan de leemtes in de betreffende kennis en vaardigheden bij het medische korps.

Iedereen weet dat de gemiddelde arts geen expertise kan ontwikkelen in de zorg en beslissingen bij het levenseinde. Er is dus een permanente nood aan steun van geschoolde collega's. Daarom werden de projecten LEIFartsen en EOL-artsen meer dan een tijdelijke inhaalbeweging. Er is echter spijtig genoeg in geen enkele vergoeding voorzien voor het verplichte tweede en, bij de niet-terminale patiënten, derde consult door de LEIFarts.

Een dergelijk consult is nochtans niet alleen psychisch belastend voor de artsen, maar ook tijdrovend. Volgens de mensen uit het veld zou de arts – inclusief de verplaatsing – drie à vier uur nodig hebben om het consult te geven. Het merendeel van de consultaties gebeurt dus op vrijwillige basis, wat op termijn een onhoudbare situatie blijkt te zijn. Artsen die verbonden zijn aan de palliatieve thusequipes krijgen vanuit de RIZIV-conventie ongeveer 1.800 euro per maand om per week 8 uur beschikbaar te zijn.

In Nederland – dat vind ik een belangrijk argument – is er een vergelijkbaar project, de SCEN-artsen, dat een heel succesvol project blijkt te zijn, omdat zij werken met een datacollectie. Zij verweven een datacollectie rond de praktijk van euthanasie. Mits het opsturen van een gedetailleerd registratierapport naar de KNMG, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, is er ook een vergoeding van 280 euro gekoppeld aan een consult. Daarbovenop krijgt het project in Nederland ook nog een jaarlijkse overheidssteun van ongeveer 300.000 euro voor de opleiding, administratie en telefonische permanentie.

Présidente: Josée Lejeune.

Voorzitter: Josée Lejeune.

In België heeft het project twee keer 20.000 euro overheidssteun ontvangen. Het lijkt mij logisch dat de LEIFartsen, en de médecins EOL hier in België ook een redelijke vergoeding zouden moeten ontvangen wanneer zij als tweede of derde consultant optreden bij een vraag om euthanasie. Op die wijze zou men ook, door de koppeling aan zo'n registratierapport, een goede dataverwerving kunnen krijgen inzake de hele problematiek van euthanasie en het levenseinde. Vandaar mijn vraag: bent u bereid inzake die vergoeding, en inzake de koppeling van die vergoeding aan een registratie, iets te doen voor de LEIFartsen en de médecins EOL? Dank u wel, mijnheer de minister.

09.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Detiège, er bestaat inderdaad geen specifiek nomenclatuurnummer voor artsen, met betrekking tot euthanasie. Binnen de technisch-geneeskundige raad van het RIZIV is deze kwestie op dit ogenblik evenmin actief. De nomenclatuurnummers voor huisbezoeken van huisartsen of de algemene geneeskundigen met verworven rechten kunnen uiteraard wel gebruikt worden. Tevens bestaan specifieke nummers met betrekking tot palliatieve patiënten. De huidige reglementering voorziet eveneens in de mogelijkheid voor de huisartsen of de algemene geneeskundigen met verworven rechten, om een geneesheerspecialist bij de zieke thuis in consult te vragen. De moeilijkheid, het morele aspect waarmee artsen te maken krijgen wanneer ze geconfronteerd worden met de vraag om euthanasie toe te passen, vormt een bekommernis die onderzocht moet worden.

Bij het beschouwen hiervan is het belangrijk dat er met twee elementen rekening wordt gehouden. Enerzijds is er de objectivering van de bedragen die zouden worden toegekend. Anderzijds moet een ander essentieel aspect voor ogen worden gehouden, het respecteren van de "confidentialiteit" van deze raadplegingen. Ook

moet er meer globaal worden nagedacht over de vergoeding van deze zorgverstrekkers die een leven moeten beëindigen. Een nomenclatuurnummer heeft het nadeel dat de raadpleging zou kunnen worden geïdentificeerd, wat te vermijden is, zeker in een domein dat op ethisch vlak zo gevoelig ligt. Onder voorbehoud van deze twee elementen ben ik natuurlijk voorstander van verder onderzoek van deze aangelegenheid.

09.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik begrijp uit uw antwoord dat u eigenlijk naar een oplossing zoekt om in een vergoeding te voorzien voor de betrokken artsen. Ik denk dat het echt nodig is en ik wacht op een verder initiatief van u om dit recht te zetten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid van doventolken in grote ziekenhuizen" (nr. 14631)

10 Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence dans les grands hôpitaux d'interprètes gestuels" (n° 14631)

10.01 Annelies Storms (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, artikel 7, §2 van de wet op de patiëntenrechten bepaalt dat de communicatie met de patiënt in een duidelijke taal geschiedt. In een brief die ik van de Federatie van Vlaamse Dovenorganisaties FEVLADO ontving, wordt erop gewezen dat de communicatie een enorm probleem voor dove patiënten kan vormen.

Tot op heden bestaat er geen structurele oplossing voor de opvang van dove patiënten in ziekenhuizen. In Vlaanderen kunnen dove mensen via het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie voor Personen met een Handicap weliswaar een beroep doen op 18 tolkuren per jaar voor privédoeleinden, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuisbezoek. Ervaring leert dat de wachturen bij een ziekenhuisbezoek sterk kunnen oplopen, wat voor heel wat verloren tolkuren zorgt. Bovendien, als een dove patiënt een spoedopname ondergaat, is er helemaal geen doventolk voorhanden, hoewel de communicatie op dat moment van levensbelang kan zijn.

Een van de mogelijke denkpistes om dit probleem op te lossen, is een uitbreiding van de beschikbaarheid van een intercultureel bemiddelaar, waarbij het systeem wordt uitgebreid tot taal- en culturele bemiddeling voor dove mensen. Een andere optie is om in alle grote ziekenhuizen een tolk als personeelslid van het ziekenhuis tewerk te stellen.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van de situatie van dove patiënten in ziekenhuizen? Welke initiatieven kunt u nemen of welke specifieke acties kunt u ondernemen om dit probleem aan te pakken? Een van mijn collega's in het Vlaams Parlement, mevrouw Stevens, heeft deze problematiek ook voorgelegd aan de minister van Welzijn, mevrouw Vervotte. Deze laatste heeft in maart 2005 gezegd dat zij dit op een interministeriële conferentie met u ging bekijken om na te gaan of op een of andere manier een oplossing voor dove patiënten in ziekenhuizen kon worden gevonden.

10.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Storms, in het kader van de interculturele bemiddeling zoals vermeld in artikel 80, §2, van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststellingen en de vereffening van het budget van financiële middelen, kunnen de ziekenhuizen een aanvraag doen bij de FOD Volksgezondheid om doventolken tewerk te stellen.

In het KB worden de doven evenals de gehoorgestoorden die zich in de doventaal uitdrukken, als doelgroep duidelijk geëxpliciteerd. Momenteel zijn er slechts twee instellingen die een aanvraag hebben ingediend bij de coördinatierel interculturele bemiddeling bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Wellicht is dit te verklaren door de beperkte vraag voor deze specifieke dienstverlening in de instellingen zelf.

Aansluitend op de mogelijkheden die de interculturele bemiddeling bieden, kan het opzetten van pools van doventolken een mogelijke oplossing zijn. Hierbij zouden dan doventolken met standplaats in een bepaalde instelling opgeroepen kunnen worden om in nabijgelegen instellingen te tolken. Net zoals bij de interculturele bemiddelaar, is het tijdsverlies bij de verplaatsing te wijten aan het gebruik van het openbaar vervoer. Dit is een belangrijk obstakel bij het verder operationaliseren van deze denkpiste.

Een andere mogelijkheid is om met videoconferentietechnieken te tolken. Deze werkwijze wordt in de

Verenigde Staten toegepast. Tot op heden werd deze problematiek niet op de agenda van de interministeriële conferenties geplaatst en is er bijgevolg geen overleg geweest met de gewesten. Tussen maart 2005 en april 2007 heb ik nog geen brief daarover gekregen.

10.03 Annelies Storms (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik ben alleszins tevreden dat het mogelijk is om via het KB op de interculturele bemiddeling ook een doventolk aan te stellen.

Ik zal dit zeker overmaken aan mijn collega, weliswaar van een andere partij. Samenwerken over de partijgrenzen heen voor het goede doel gebeurt misschien niet vaak in verkiezingstijden, maar het kan alleen maar de dove patiënt in een ziekenhuis ten goede komen.

De twee denkpistes die u heeft aangereikt zijn wel de moeite waard om verder uit te werken. Ik zal ze ook overmaken aan de Vlaamse Federatie van Doven die daarop waarschijnlijk zal reageren. Ik zal hen vragen om daarover met u contact op te nemen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

11 Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het klachtenrecht van patiënten" (nr. 14632)

11 Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le droit de plainte des patients" (n° 14632)

11.01 Annelies Storms (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik stelde al een aantal vragen over de wet op de patiëntenrechten en over het klachtenrecht. Ik heb opnieuw twee vragen over bedoeld onderwerp.

De wet op de patiëntenrechten kent aan elke patiënt het recht toe om bij een ombudsdienst een klacht in verband met zijn rechten in te dienen.

Voornoemd klachtenrecht kan in bepaalde gevallen, bijvoorbeeld indien de patiënt niet zelf in staat is zijn rechten uit te oefenen, door een aantal andere personen dan de patiënt worden uitgeoefend. Volgens de huidige wetgeving moet dan wel een bepaalde volgorde van vertegenwoordigers in acht worden genomen.

Onlangs werd via de goedkeuring van de gezondheidswet van 13 december 2006 bedoeld cascadesysteem doorbroken. Voornoemde wet bepaalde immers dat het klachtenrecht van de wilsonbekwame patiënt nog altijd door bepaalde vertegenwoordigers van de patiënt kan worden uitgeoefend, echter zonder dat een bepaalde volgorde tussen de vertegenwoordigers moet worden gerespecteerd.

In de gezondheidswet was vastgelegd dat in dat verband nog een koninklijk besluit zou worden genomen, waarin de vertegenwoordigers die het klachtenrecht kunnen uitoefenen, zouden worden aangeduid.

Ik diende over de problematiek van de uitoefening van het klachtenrecht vroeger al, met name in 2006, een wetsvoorstel in, dat ertoe strekte het cascadesysteem van vertegenwoordigers van wilsonbekwame, meerderjarige patiënten beperkt te doorbreken. Behalve aan de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner en de feitelijk samenwonende partner wilde ik graag ook aan de meerderjarige kinderen een soort concurrerend klachtenrecht toekennen.

Waarom wou ik voornoemd recht graag toekennen? Ik wou het toekennen, omdat uit de jaarverslagen van de ombudsdienst bleek dat de partner vaak al op leeftijd is, niet tegen verpleegkundigen en dokters durft in te gaan en zich koest houdt, als ik het in dialecttaal mag zeggen, om de goodwill ten overstaan van de patiënt te vrijwaren. Dat denken de betrokkenen althans. Zij voelen zich te onzeker om een klacht in te dienen. De kinderen staan meestal steviger in hun schoenen. Daarom ware het misschien beter dat ook zij een klachtenrecht toegekend zouden krijgen.

Ik stelde in mijn wetsvoorstel ook voor om het klachtenrecht naar de nabestaanden uit te breiden. Momenteel kunnen nabestaanden geen klacht indienen. Zij kunnen wel inzage in de dossiers van de overleden familieleden vragen, weliswaar via de tussenkomst van een andere beroepsbeoefenaar. Zowel uit de verslagen van de ombudspersonen als uit mijn persoonlijke ervaring blijkt dat een logisch gevolg van het inzagerecht is dat de nabestaanden ook effectief een klacht kunnen indienen.

Uit de verslagen van de ombudsdienst blijkt trouwens dat de klachten niet zozeer op een geldelijke compensatie zijn gericht, maar veeleer zijn bedoeld om bepaalde problemen aan te kaarten.

In het kader van het rouwproces kan het bovendien nuttig zijn dat bijvoorbeeld ook de partner, de bloedverwanten of de ouders van overleden kinderen een klacht kunnen indienen. In Nederland bestaat dergelijke klachtenmogelijkheid trouwens al.

Mijnheer de minister, bijgevolg had ik graag een aantal zaken van u vernomen.

Ten eerste, kan u inmiddels zeggen welke vertegenwoordigers u zal aanduiden om het klachtenrecht van de wilsonbekwame patiënt uit te oefenen?

Is er reeds een koninklijk besluit? Werd het ontwerp van koninklijk besluit uitgewerkt? Wanneer zal het koninklijk besluit worden gepubliceerd?

Hoe staat u zelf tegenover een uitbreiding van het klachtenrecht naar de nabestaanden? Wat zijn de eventuele bezwaren om het klachtenrecht niet naar de nabestaanden uit te breiden? Ook daarover had ik graag uw standpunt gekend.

11.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Storms, er werd reeds een koninklijk besluit uitgewerkt dat aan de Ministerraad diende voorgelegd en een positief advies van de Raad van State diende te bekomen. Hierin is voorzien dat de samenwonende echtgenoot of partner en het meerderjarig kind het klachtrecht kunnen uitoefenen. Ik kan u meedelen dat het koninklijk besluit nog deze maand zal worden bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Ten tweede, het recht op inzage van het patiëntendossier door de nabestaanden na het overlijden van de patiënt is in de wet zeer restrictief omschreven ten einde het privéleven en de intimiteit van de patiënt optimaal te beschermen. Indien het klachtrecht zou worden uitgebreid tot de nabestaanden, moeten, mijns inziens, de nodige garanties worden voorzien. Ik aanvaard dat de door u aangekaarte problematiek de nodige aandacht verdient en zal dus advies vragen aan de federale commissie "rechten van de patiënt".

11.03 **Annelies Storms** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, dank u om duidelijk te maken dat het KB er aankomt en nog deze maand zal worden gepubliceerd. Ik ben tevreden met de daarin opgenomen regeling waardoor kinderen op gelijke hoogte klacht kunnen indienen. Dat is een goede zaak en dit zal een oplossing bieden aan bestaande situaties op het terrein. Daar dient wetgeving uiteindelijk ook nog voor: als we wetten maken die niet toegepast worden of die niet toepasbaar zijn, dan zijn we niet goed bezig. Daarover ben ik alleszins tevreden.

Dat u over het klachtrecht na overlijden advies zal vragen aan de federale commissie "rechten van de patiënt" stemt mij ook tevreden.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

12 **Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het klachtenrecht van patiënten tegen ambulante zorgverstrekkers" (nr. 14633)**

12 **Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le droit de plainte des patients à l'encontre de prestataires de soins ambulants" (n° 14633)**

12.01 **Annelies Storms** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, het gaat hier opnieuw over het klachtenrecht van patiënten, deze keer tegen ambulante zorgverstrekkers. In een artikel gepubliceerd in De Huisarts van 1 maart 2007 heeft professor Herman Nys zich wat zorgen gemaakt over het klachtenrecht van patiënten tegen ambulante zorgverstrekkers zoals huisartsen, tandartsen en kinesisten. Hij heeft daar ook een aantal oplossingen voor bepaalde problemen aangebracht.

Het is zo dat die patiënten weliswaar terechtkunnen bij de Federale Ombudsdienst, de Nederlandstalige en de Franstalige, maar er zijn toch problemen die ervoor zorgen dat het niet zo evident is om naar de Federale Ombudsdienst te trekken. In de eerste plaats is de drempel om erheen te trekken heel hoog. Dat blijkt ook duidelijk uit de bestaande cijfers over het aantal klachten over de ambulante beroepsbeoefenaars. Er zijn 19

klachten ingediend over huisartsen, 13 over tandartsen en 3 over kinesisten. Ik weet dat de gezondheidszorg in België van hoog niveau is maar ik kan mij niet indenken dat er maar zo weinig problemen zijn die aanleiding geven tot klachten. Professor Nys heeft eigenlijk voorgesteld om de klachten over huisartsen te laten indienen bij een bestaande ombudsdienst in de ziekenhuizen of bij de OCMW's. De drempel is daar veel lager. Bovendien is er ook het probleem van de mensen die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen. Zij kunnen ook klachten hebben over dokters en kinesisten en ook zij moeten bij de Federale Ombudsdienst een klacht indienen. Het probleem is dat die RVT's vallen onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen terwijl de verhouding met de zorgverstrekkers een federale bevoegdheid blijft. Het is dus niet echt evident om zo te werken.

Een tweede probleem dat rijst met de federale ombudspersonen is dat die zeer weinig bekend zijn bij de patiënt. Waarschijnlijk ligt dit ook aan de basis van het lage aantal klachten dat wordt ingediend. Ik heb daarover in het verleden al een wetsvoorstel ingediend dat er eigenlijk voor moest zorgen dat patiënten beter op de hoogte zijn van hun rechten en beter weten bij wie ze terecht kunnen met hun klachten. Ik heb voorgesteld om bijvoorbeeld in de dokterskamers informatie te laten uithangen over de federale ombudspersonen.

Specifiek over het klachtenrecht tegen ambulante zorgverstrekkers heb ik een aantal vragen. Hoeveel klachten zijn er in 2006 bij de Franstalige en Nederlandstalige ombudspersonen ingediend over die ambulante zorgverstrekkers? Ik weet niet of het mogelijk is om dit op te splitsen per type zorgverstrekker. Hoeveel klachten zijn er ingediend bij de federale ombudspersonen over de zorgverstrekkers in RVT's? Erkent u dat de drempel om een klacht in te dienen bij de federale ombudspersonen erg hoog is? Welke maatregelen zou u nemen om deze drempel te verlagen? Hoe staat u tegenover het voorstel van professor Nys om patiënten de mogelijkheid te bieden om hun klachten over ambulante zorgverstrekkers in te dienen bij de lokale ombudspersonen in de ziekenhuizen of bij de OCMW's?

Wat het probleem met betrekking tot de rustoorden en de RVT's betreft, vroeg ik mij af of het niet mogelijk is om door middel van een samenwerkingsakkoord met de Gemeenschappen een lokale ombudsdienst te organiseren die laagdrempelig is en waar mensen met klachten over ambulante zorgverstrekkers, waaronder dan deze die werkzaam zijn binnen de RVT's, terecht kunnen. Hoe staat u tegenover een dergelijk samenwerkingsakkoord?

Denkt u ook dat de wet op de patiëntenrechten ondertussen voldoende bekend is bij de patiënten? Welke maatregelen plant u eventueel om aan de wet nog meer bekendheid te geven?

12.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw Storms, wat uw eerste en tweede vraag betreft, ik beschik nog niet over de registratiegegevens van de Federale ombudsdienst "Rechten van de Patiënt" voor het jaar 2006. Volgens het betrokken koninklijk besluit van 1 april 2003 dient de federale ombudsdienst zijn jaarverslag voor 2006 uiterlijk in de loop van april 2007 – dus in deze maand – over te maken aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" en aan mijzelf, als minister van Volksgezondheid. Ik zal niet nalaten de gevraagde informatie aan u over te maken.

Op uw derde vraag kan ik antwoorden dat de federale ombudsdienst beschikt over een rechtstreeks telefoonnummer, waarbij een antwoordapparaat het tijdstip weergeeft waarop zij telefonisch te bereiken is. Er is voor de volgende maand een promotiecampagne voorzien, wat alvast een aanzet is voor een grotere bekendmaking van de Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt". Na deze campagne zal tijd genomen worden voor een evaluatie van het huidige systeem van de werking van de ombudsdienst inzake de rechten van de patiënt.

Ik kom tot uw vierde vraag. Het voorstel om ambulante patiënten de mogelijkheid te verlenen om klachten in te dienen bij lokale ombudspersonen, bij ziekenhuizen of OCMW's, is een element in de discussie die naar aanleiding van de komende evaluatie van het ombudssysteem zal moeten gevoerd worden. In deze discussie zal men ook rekening moeten houden met het huidige financieringssysteem, de huidige werkbelasting en het specifieke takenpakket van de ombudspersonen in ziekenhuizen en bij de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg. In het kader van de interministeriële conferentie worden op dit moment de mogelijkheden overwogen voor een mogelijke uitbreiding van de bevoegdheden van de ombudspersonen in de ziekenhuizen en bij de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg.

Ten vijfde, hetzelfde geldt voor het voorstel met betrekking tot klachten over OCMW's en rustoorden. Dit maakt ook deel uit van de bespreking tussen de Gemeenschappen, de Gewesten en de federale overheid in

het kader van de interministeriële conferentie met betrekking tot de vraag naar een eventuele uitbreiding van de bevoegdheden van de ombudspersonen.

Ik kom op uw zesde vraag. Uit de jaarverslagen van zowel de lokale als de federale ombudsdiensten, blijkt dat de wet op de patiëntenrechten nog onvoldoende bekend is. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheid om contact op te nemen met de Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt". Zoals ik daarnet reeds vermeldde, wordt in april 2007 gestart met een nationale informatiecampagne over de rechten van de patiënt en de ombudsdiensten. Deze campagne zal een grootscheepse verzending omvatten van informatiemateriaal naar bibliotheken en sociale diensten bij het OCMW, de ziekenfondsen, patiëntenverenigingen, ziekenhuizen en rusthuizen.

12.03 Annelies Storms (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, ik ben alleszins blij te horen dat er een nieuwe campagne wordt opgezet. Ik heb er al een aantal jaren in het Parlement vragen over gesteld. Het was nodig, want ook de brochure was uitgeput en niet aantrekkelijk en interessant om te lezen. Het is zeker een goede zaak.

De evaluatie zal waarschijnlijk aan de volgende regering en de volgende minister toekomen. Het zal van de verkiezingen afhangen of ik er nog vragen over zal kunnen stellen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

13 Vraag van de heer Servais Verherstraeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de verplichte bijdragen aan het Fonds voor de gezondheid en de productie van de dieren" (nr. 14281)

13 Question de M. Servais Verherstraeten au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des cotisations obligatoires au Fonds de la santé et de la production des animaux" (n° 14281)

13.01 Servais Verherstraeten (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, omtrent de vroeger ten onrechte geïnde bijdragen voor het Fonds voor de gezondheid en de productie van dieren heb ik u reeds vragen gesteld. Daarom had ik graag een actualisering gekregen en een round-up van de stand van zaken.

Hoeveel effectieve veroordelingen heeft de Belgische Staat ondertussen opgelopen, vonnissen en arresten die uitvoerbaar zijn?

Over welke bedragen gaat het in hoofdsom?

Welke bedragen werden er tot op heden terugbetaald?

Welke bedragen dienen er nog terugbetaald te worden? Tegen wanneer kunnen de betalingen verwacht worden?

Hoeveel is er tot op heden aan verwijlntresten, gerechtelijke intresten en gerechtskosten reeds betaald? Hoeveel is er nog te verwachten?

Hoeveel ereloonkosten zijn er tot op heden reeds voldaan ter verdediging van de belangenbehartiging van de Staat? Hoeveel kosten worden er nog geraamd?

Wat is de reden van het uitblijven van betalingen, nadat uitvoerbare beslissingen zijn getroffen?

Welke bedragen zijn er in de begroting 2007 ingeschreven? Volstaan die? Zijn in het kader van de recente begrotingscontrole de bedragen aangepast, opdat betalingen zouden kunnen plaatsvinden in de nabije toekomst?

13.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Verherstraeten, de Ministerraad heeft op 24 februari 2006 beslist om ten onrechte geïnde bedragen aan het Fonds voor de gezondheid en de productie van de dieren terug te betalen.

In eerste instantie dienen de uitvoerbare titels uitgevoerd te worden. Ten tweede werd besloten om zoveel

mogelijk te werken met dadingen om dossiers af te sluiten.

Om tot een dading te komen, werden een aantal voorwaarden opgelegd. Zaken moeten ingeleid zijn voor 1 januari 2002 en de terugbetalingperiode moet zijn 1988-1996, inbouwen van vrijwaringclausule om dubbele betaling te vermijden en een maximaal terugvorderen van tegoeden aan het Fonds.

De Belgische Staat heeft intussen 13 effectieve veroordelingen opgelopen met uitvoerbare titels, waarvan er nog 2 dienen betaald te worden. Het gaat over een totaal van 29.622.017 euro. Volgende kosten zijn eveneens verbonden aan deze dossiers: gerechtskosten 52.958 euro, rechtsplegingvergoeding voor 7.041 euro.

Tot op heden zijn er 59 dadingen afgesloten voor een totaalbedrag van 33 miljoen euro.

De in 2004, 2005 en 2006 aangerekende erelonen belopen 628,18 miljoen euro. De toekomstige kosten zijn moeilijk in te schatten en zullen afhangen van het aantal bijkomende dossiers en de verdere rechtspraak.

In de begroting 2007 is in een bedrag van 40 miljoen euro voorzien, wat volgens de administratie zou moeten volstaan om alle dossiers van voor 1 januari 2002 in te leiden en af te handelen.

13.03 Servais Verherstraeten (CD&V): Mijnheer de minister, u hebt op één vraag niet geantwoord, maar wellicht zal ze u niet bezorgd zijn. Hoeveel verwijlrenten en gerechtelijke intresten werden tot op heden reeds betaald? Ik denk dat omtrent dit dossier ook het Rekenhof bijzondere opmerkingen heeft gemaakt.

Ik kan begrijpen waarom uw administratie dat antwoord niet gegeven heeft. Ik heb de indruk dat het om een fenomenaal bedrag gaat, waar het Rekenhof trouwens op heeft gewezen. Het ware toch interessant om dat te weten. Ik zou u dankbaar zijn indien u per brief of e-mail hierop kan antwoorden.

Wat mij in deze dossiers met een zeer lange historiek is opgevallen, is dat de Staat haar belangen maximaal dient te vrijwaren en alle rechtsmiddelen dient uit te putten die haar voorhanden zijn. Het ging om zeer belangrijke bedragen en een principiekwestie. Daar heb ik ook alle begrip en respect voor en dat volg en steun ik. Eens er uitvoerbare vonnissen en arresten beschikbaar zijn, kan ik mij niet van de indruk ontdoen dat men op dat ogenblik niet meer diligent en efficiënt heeft gehandeld en de zaken veel te veel op zijn beloop heeft gelaten, met een enorme explosie van intresten en bijkomende gerechtskosten tot gevolg. Ik hoop dat u er bij uw administratie op aandringt die betalingen per kerende te voldoen. Zo niet, vrees ik dat er nog bijkomende uitvoeringskosten in deze dossiers dreigen. Door te lang stil te zitten nadat er definitieve uitspraken zijn geweest, hebben we zeer veel gemeenschapsgeld verloren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van de heer Carl Devlies aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-geordonnanceerde kredieten op 31 december 2006" (nr. 14931)

14 Question de M. Carl Devlies au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les crédits non ordonnancés au 31 décembre 2006" (n° 14931)

14.01 Carl Devlies (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag is eigenlijk een omzetting van mijn schriftelijke vragen nr. 569 en nr. 911, die onbeantwoord bleven in de door het Reglement van de Kamer bepaalde termijn.

Ze werden als dusdanig, zonder antwoord, gepubliceerd in Bulletin nr. 155 van de Kamer op 26 februari 2007 op de pagina's 29.937 en 29.941.

Graag had ik van de minister een antwoord gekregen op de volgende vragen.

Ten eerste, wat was het bedrag van de binnengekomen facturen waarvoor op 31 december 2006 nog geen ordonnanciering gebeurde bij de administraties en de andere instellingen die onder uw toezicht staan? Om hoeveel facturen gaat het precies en op welke datum werden ze opgemaakt?

Ten tweede, wat is de reden voor het feit dat desgevallend geen ordonnantie gebeurde? Had dit te maken met de zogenaamde onderbenutting van kredieten, zoals opgelegd door het ankerprincipe? Of waren de in

de begroting 2006 voorziene ordonnanceringskredieten ontoereikend? In het laatste geval, wat was hiervan de oorzaak?

14.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Devlies, voor de niet-geordonnanceerde kredieten op 31 december 2006 van de FOD Sociale Zekerheid, bedroeg het bedrag van de niet-betaalde facturen 3,6 miljoen euro op 31 december 2006. Dat betrof 2.800 facturen. De reden voor de niet-betaling is enkel en alleen te wijten aan de onderbenutting van de kredieten opgelegd door het ankerprincipe.

In tegenstelling tot de federale overheidsdiensten zijn de openbare instellingen van sociale zekerheid niet onderworpen aan het ankerprincipe. Er loopt dus geen vertraging op de betaling van de binnengekomen facturen.

14.03 **Carl Devlies** (CD&V): Mijnheer de minister, u spreekt over niet-betaalde facturen. Mijn vraag handelt over de niet-geordonnanceerde facturen. Verstaat u daar hetzelfde onder? De ordonnanciering gaat normaal aan de betaling vooraf. Het zou kunnen dat er een ander bedrag is aan niet-geordonnanceerde facturen, dus dat het bedrag van de niet-geordonnanceerde facturen van het bedrag van de niet-betaalde facturen verschilt.

14.04 Minister **Rudy Demotte**: Ik zal rechtstreeks checken of het over hetzelfde principe gaat, maar ik denk het wel. Ik zal dat laten nagaan. U vraagt naar de niet-geordonnanceerde facturen, terwijl in het antwoord "niet-betaalde" gebruikt is.

14.05 **Carl Devlies** (CD&V): De ordonnanciering is een stap in het betalingsproces. De allerlaatste stap is de betaling.

14.06 Minister **Rudy Demotte**: De ordonnanciering gebeurt op voorhand.

14.07 **Carl Devlies** (CD&V): Ja. Zou u dat eens willen nakijken? Kan ik daarover met iemand contact opnemen?

14.08 Minister **Rudy Demotte**: (...)

14.09 **Carl Devlies** (CD&V): Dank u wel.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 **Question de Mme Josée Lejeune au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments génériques" (n° 14661)**

15 **Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de generische geneesmiddelen" (nr. 14661)**

15.01 **Josée Lejeune** (MR): Monsieur le ministre, les médicaments génériques soulèvent nombre d'interrogations depuis leur arrivée dans les pharmacies, notamment sur leur qualité, sur leur remboursement, sur le manque d'intérêt des patients à leur égard ou l'impact de leur utilisation sur le budget. Aujourd'hui, certaines de ces questions restent en suspens. Au cœur de l'actualité, nous retrouvons d'ailleurs des accidents occasionnés par la prise de médicaments génériques.

À l'origine de ce questionnaire, deux enquêtes menées chacune par un médecin. La première s'adresse à une centaine de confrères alors que la deuxième aux patients. Cette enquête qui n'est pas officielle a révélé l'existence de zones d'ombre dans l'utilisation de ces médicaments génériques: confusion des boîtes par les patients, noms compliqués à retenir, prescriptions erronées du médecin, erreurs de délivrance par le pharmacien, troubles dans la prise du médicament par le patient.

Le résultat est un désordre causant des accidents tels que des chutes ou des syncopes, surtout chez les personnes âgées et les patients prenant beaucoup de comprimés quotidiennement. Le nombre d'accidents est jusqu'à cinq fois supérieur à celui observé lors d'une prise de médicaments traditionnels. Cette situation qui devait permettre des économies coûte finalement plus cher aux malades et à l'INAMI car tomber et se casser la hanche annule le gain apporté par ces médicaments génériques.

Quelle démarche pourrions-nous envisager pour que la prise de ces médicaments génériques soit facilitée pour le patient et qu'elle engendre moins d'accidents? Quand on s'intéresse aux causes de ces accidents thérapeutiques, on trouve notamment des lacunes de communication entre les médecins, les pharmaciens et les patients. Les médecins et les pharmaciens n'ont peut-être pas été suffisamment informés au sujet de ces nouveaux médicaments, ce qui les empêcherait d'informer à leur tour correctement les patients.

À ce sujet, monsieur le ministre, des campagnes de promotion ont été lancées en 2004. Quel en est le bilan?

Un budget a été dégagé pour la concertation médico-pharmaceutique? Cette concertation est-elle en route? Quels en sont les résultats?

Cette enquête dresse un constat en contradiction avec vos déclarations. Cependant, nous ne sommes pas en possession des modalités complètes de cette enquête? Ne serait-il pas intéressant de mener une étude scientifique sur cette question afin d'obtenir des résultats officiels à partir desquels nous pourrions travailler?

15.02 Rudy Demotte, ministre: Madame Lejeune, pour ce qui concerne vos première et deuxième questions, une information correcte du patient est évidemment un élément essentiel pour le bon usage de tout médicament et donc également d'un générique. Les rôles du médecin et du pharmacien sont capitaux.

La prescription d'un médicament générique, surtout s'il s'agit de passer d'une spécialité à une autre doit avoir lieu dans le cadre d'un dialogue, en toute confiance, entre un médecin et son patient. Le message doit avoir été compris afin d'éviter des superpositions de traitement entre l'original et le générique. C'est la même chose quand vous passez d'un médicament de marque à un autre médicament de marque pour traiter une même pathologie ou une mauvaise observance par arrêt du traitement ou par non-respect de la posologie.

En février 2006, le Centre belge d'information de pharmacothérapeutique, le CBIP, subventionné par l'État, a publié un article relatif au passage d'une spécialité à une autre, en attirant l'attention sur les points que je viens de soulever. Les publications du CBIP sont envoyées à tous les médecins et sont consultables sur internet.

L'Agence française des médicaments a récemment publié un rapport au sujet des effets indésirables liés aux médicaments génériques. Ce rapport conclut à l'absence d'éléments permettant de considérer que les médicaments génériques posent un problème de santé publique du fait de leurs effets indésirables. Toutefois, cette étude met aussi l'accent sur la nécessité de donner une meilleure information au patient et de l'adapter toujours au cas par cas.

Il est donc vrai que l'attention des professionnels de la santé doit être davantage attirée encore sur cet aspect dans les campagnes relatives aux génériques. Je chargerai l'Agence des médicaments, ce qui va de soi mais il n'est pas mauvais de le répéter, de plancher sur la rédaction de recommandations en ce sens pour les campagnes à venir.

Pour ce qui concerne votre troisième question et le budget alloué à la constatation entre médecins et pharmaciens, rien n'a encore été concrétisé. Les organes représentatifs des médecins et des pharmaciens de l'INAMI se sont concertés mais ils ne sont pas parvenus, par négociation interne, à un accord sur l'utilisation de ces fonds.

J'attire cependant votre attention sur le fait que des initiatives locales existent notamment en région liégeoise, pour citer un exemple, où une constatation sur base d'informations détaillées sur les génériques existe et celle-ci semble donner satisfaction tant aux pharmaciens qu'aux médecins.

Pour ce qui concerne votre quatrième question, il existe déjà un projet officiel pour évaluer l'utilisation des génériques qui n'est toutefois pas une étude scientifique au sens strict.

Le Centre belge de pharmacovigilance des médicaments à usage humain qui relève de l'AFMPS a pour mission de recueillir et d'évaluer des informations relatives aux effets indésirables des médicaments. Ces informations sont transmises au CBPH, soit directement par le système de notification spontanée, soit par les firmes pharmaceutiques responsables de la mise sur le marché des médicaments. C'est un système dit passif.

L'AFMPS développera un système de pharmacovigilance active qui se base sur la notification systématique d'effets indésirables par un réseau de professionnels de la santé. Ce projet sera réalisé en collaboration avec l'Institut scientifique de santé publique, l'ISP.

En outre, l'AFMPS est en contact avec Test-Achats en vue de collaborer dans leur projet de point-contact en matière de médicaments pour les consommateurs.

Je terminerai en relevant que l'étude relatée dans l'article paru dans "MedMedica" est critiquable sur un ensemble de points. Aucune donnée-source n'est relatée. L'article se base sur une centaine de réponses de médecins (70% francophones, 20% néerlandophones, 10% de spécialistes sans description détaillée). Aucun résultat global et aucun chiffre ne sont présentés pour appuyer les descriptions. Aucun traitement statistique des données n'est fourni. Cet article – excusez-moi d'être aussi dur – n'est basé sur aucune méthodologie sérieuse. J'ajouterai même, après avoir lu les commentaires d'un certain nombre de personnes, qu'il y a de quoi être très inquiet de la qualité de la médecine dans le pays, certains allant jusqu'à prétendre que la lecture de la notice relative aux effets secondaires, peut favoriser le développement de ceux-ci. C'est grave!

15.03 Josée Lejeune (MR): Monsieur le ministre, je le rappelle, cette enquête n'est pas officielle, heureusement! Toutefois, au niveau de la problématique des médicaments génériques, nous devons rester attentifs. Certes, il y avait une volonté dans le chef du gouvernement de développer l'usage des médicaments génériques, mais il faudrait tenir ce créneau à l'œil afin d'éviter qu'il ne s'avère plus onéreux.

15.04 Rudy Demotte, ministre: C'est la raison pour laquelle il est important d'avoir ce dialogue. Car dans le sujet qui nous occupe, il est un élément qui ne peut nous échapper: les mentions relatives aux génériques valent également pour tous les médicaments de marque. Les personnes âgées sont passées du médicament de marque au médicament générique. Mais le jour où un nouveau médicament de marque meilleur que le précédent, (modification de la forme de la pilule, etc.) est lancé sur le marché, le besoin d'information ...

15.05 Josée Lejeune (MR): .. est très important!

15.06 Rudy Demotte, ministre: .. est un besoin absolu! Ce que je voulais éviter, c'est que seuls les génériques soient concernés. Selon moi, nous nous trouvons face à un calcul sournois. Ce n'est pas nécessairement le fait des auteurs de l'étude mais toujours est-il que certains veulent mettre en doute la qualité des médicaments génériques. En réalité, le problème réside dans la manière dont ils sont prescrits. Vous avez donc eu raison de poser la question!

15.07 Josée Lejeune (MR): Monsieur le ministre, il faut reconnaître que les boîtes des médicaments génériques – je me suis documentée car je dois avouer que je n'en consomme pas beaucoup – se ressemblent, ce qui peut prêter à confusion. Or, pour la personne âgée, cet élément peut s'avérer important. Le médecin et le pharmacien ont donc un rôle important à jouer en matière d'information.

15.08 Rudy Demotte, ministre: Selon moi, une des clefs du problème se trouve au niveau de la coordination en matière de prescriptions.

Le pharmacien – on le reconnaît de plus en plus – est un prestataire de services dont le travail comporte une dimension intellectuelle. Il ne s'agit pas seulement d'un vendeur de boîtes.

Dans certains pays la délivrance du médicament s'effectue d'une autre manière. Vous vous rendez chez votre pharmacien qui vous prépare dans des petites boîtes ad hoc les préparations quotidiennes sur la semaine. À l'instar de ce qui se fait dans les maisons de repos, ce genre de pratique peut être très utile, notamment aux personnes âgées. Voilà une piste parmi d'autres.

15.09 Josée Lejeune (MR): Je vous remercie, monsieur le ministre.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

16 Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het probleem van de permanente ontharing" (nr. 14573)

16 Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique de l'épilation définitive" (n° 14573)

16.01 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag is intussen al meer dan een maand oud. Natuurlijk zijn er zoveel vragen in deze commissie dat het op de duur niet meer te doen is. Daarmee zult u zeker akkoord gaan.

Mijnheer de minister, permanente ontharing is een behandeling die schoonheidsspecialisten al jarenlang uitoefenen. Voor heel wat schoonheidsspecialisten is permanente ontharing een vak waarbij diensten worden aangeboden aan andere schoonheidsinstituten en worden uitgevoerd door vakkundige ontharingsprofessionals. De investering om te starten is ook vrij hoog. Als men met degelijke apparatuur wil werken, kost het al gauw 60.000 euro voor een laserapparaat met koelingsknop, zodat huidverbranding is uitgesloten. Dat is professionele apparatuur.

De Hoge Gezondheidsraad adviseerde vorig jaar dat schoonheidsinstituten onder heel specifieke voorwaarden epilatie met laser zouden kunnen uitoefenen, uiteraard om louter esthetische redenen, met name indien effectief een erkende opleiding werd gevolgd om met laser om te gaan. Ik weet niet of intussen al gevolg werd gegeven aan dat advies van de Hoge Gezondheidsraad.

Is die reglementering al van kracht, zodat de schoonheidsspecialisten die de nodige vakkennis hebben, die een specifieke opleiding achter de rug hebben en die met hoogkwalitatieve en veilige apparatuur werken, nu wettelijk aan permanente ontharing kunnen doen?

16.02 Minister **Rudy Demotte**: Ik ben zeer goed op de hoogte van de problematiek - dit niet enkel omdat ik mijn haar verlies - van de laserepilatie en de gevolgen die kunnen optreden als deze niet in optimale omstandigheden wordt uitgevoerd. Om die reden heb ik de problematiek van de laserepilatie voor advies voorgelegd aan de Hoge Gezondheidsraad. Deze heeft nog niet zo lang geleden zijn advies verstrekt.

Globaal gezien deel ik ook de standpunten van de Hoge Gezondheidsraad. Deze komen overeen met degenen die ik voor advies had voorgelegd. Dit advies wordt momenteel onderzocht om te kunnen vaststellen welke concrete maatregelen hieromtrent kunnen worden genomen.

16.03 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik begrijp dat u van plan bent het advies van de raad te volgen en de schoonheidsspecialisten die een gespecialiseerde opleiding hebben genoten en die met veilige apparatuur werken de mogelijkheid te geven hun job verder uit te oefenen. Daar komt het dus eigenlijk op neer.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toestemming bij orgaandonatie" (nr. 14626)

17 Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le consentement en cas de don d'organes" (n° 14626)

17.01 **Sabien Lahaye-Battheu** (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, de wet betreffende het transplanteren van organen voorziet dat iedereen na overlijden als donor kan dienen, behalve indien vaststaat dat zij of hij zich tegen een dergelijke wegneming heeft verzet.

Toch vragen de artsen, ook al is er dus geen uitdrukkelijk verzet geuit, nog steeds de toestemming aan de verwanten, aan de familie. Dat leidt nog tot weigering in minstens een op zes gevallen. Hoewel die toestemming van de familie eigenlijk niet nodig is, doen de artsen dit toch, volgens een eigen deontologische code. Iedereen die haar of zijn wil om na overlijden als donor te fungeren te kennen wil geven of in het andere geval zijn verzet hiertegen wil uiten, kan dit doen door een eenvoudige registratie op het gemeentehuis.

Mijnheer de minister, ik zou u vandaag naar uw standpunt in deze materie willen vragen.

Ten eerste, acht u het wenselijk dat de wet wordt geamendeerd in die zin dat er expliciet staat vermeld dat de toestemming van verwanten niet noodzakelijk is? Zo ja, bent u bereid hiertoe enig wetgevend initiatief te nemen?

Ten tweede, acht u in deze een informatiecampagne onder de bevolking waardoor de burger de mogelijkheid tot registratie van het al dan niet willen fungeren als donor beter leert kennen, wenselijk?

17.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw Lahaye-Battheu, ik wens allereerst iets te verduidelijken in verband met hoe de dialoog wordt aangegaan met families van potentiële orgaandonoren. Zoals u aanhaalt, is de wet van 13 juni 1986 inzake het wegnemen en transplanteren van organen gebaseerd op de vermoede toestemming. In artikel 10, §4, bepaalt de wet het volgende: “De geneesheer mag niet tot wegneming overgaan: wanneer verzet is uitgedrukt op de door de Koning geregelde wijze; wanneer door de donor verzet is uitgedrukt op een andere wijze en voor zover aan de geneesheer daarvan kennis is gegeven; wanneer hem verzet is meegedeeld door een nabestaande.”

Wat in de praktijk gebeurt, is dat de medische teams de naaste familie ondervragen over een eventueel verzet dat de overleden patiënt bij leven kenbaar zou hebben gemaakt. De vraag aan de familie is dus niet of de familie ermee instemt dat men overgaat tot de wegneming van organen, maar wel te weten of de patiënt bij leven zijn verzet tegen orgaandonatie op een of andere manier had kenbaar gemaakt. In die omstandigheden blijft het wel moeilijk te weten of de familie wel op die vraag antwoordt namens de patiënt zelf.

Experimenten met wegneming zonder raadpleging van de familie maar slechts op basis van raadpleging van het rijksregister hebben in Frankrijk plaatsgevonden enkele maanden na de invoering van hun wetgeving, die net als bij ons gebaseerd is op de vermoede toestemming. De experimenten hebben geleid tot veel opschudding en schandalen. Er was heel wat heisa in de media. Daaruit is een hele resem tegenkantingen tegen donatie voortgekomen, met uiteindelijk het omgekeerde effect van wat men wilde bereiken. Ik meen dus niet dat het voordelig zou zijn de huidige wet in die zin aan te passen. Opdat wij verder zouden kunnen werken aan de verbetering van orgaandonatie is het noodzakelijk dat alle genomen maatregelen omringd worden met de nodige sereniteit en dat de transplantatie en de donatie van organen nooit in diskrediet worden gebracht.

Wat uw tweede vraag betreft, inzake mijn bedoeling een informatiecampagne te starten om het aantal patiënten dat zich bij hun gemeentebestuur als orgaandonor laat inschrijven te doen toenemen, moet u weten dat ik niet gewacht heb tot ik geïnterpelleerd werd om een initiatief te nemen. Ik heb in juni 2005 inderdaad een uitgebreide nationale informatiecampagne gelanceerd, nu bekend onder de naam Beldonor.

Er werd een website beldonor.be ontworpen. Over het hele land werd een groot aantal folders met uitleg uitgedeeld via gemeentebesturen, ziekenhuizen, ziekenfondsen en huisartsen.

Er werd persoonlijk contact opgenomen met het personeel van gemeentebesturen om hen op de hoogte te brengen van de procedure voor een wilsverklaring. Sindsdien wordt de boodschap regelmatig herhaald via verschillende media, spots op de nationale radiozender, posters in stations, deelname aan bepaalde evenementen zoals de Rollerparade, de actie “Ma commune se mobilise” tijdens de gemeenteraadsverkiezingen en nog andere initiatieven. Die campagne kent een enorm succes omdat in 19 maanden 30.000 burgers zich naar het gemeentehuis hebben begeven om een verklaring als orgaandonor af te leggen.

Vanaf de uitvaardiging van de wet van 1986 tot de start van de Beldonor-campagne hadden ongeveer 33.000 personen een verklaring voor orgaandonatie afgelegd. Gisteren waren er 63.453 donoren. Wij hebben de cijfers van 19 jaar dus op 19 maanden bijna verdubbeld. Dat is een mooi succes en wij gaan op deze weg voort, want ik weet dat de strijd tegen het gebrek aan organen een werk van lange adem is.

17.03 **Sabien Lahaye-Battheu** (VLD): Mijnheer de minister, ik heb een korte repliek, in de eerste plaats in verband met de raadpleging van de familie. Ik ga met u akkoord dat het een heel gevoelige beslissing is die moet worden genomen. De specialisten melden mij vanuit de praktijk dat wij eigenlijk te veel potentiële donoren verliezen wegens het feit dat zij de familie contacteren en dat de betrokkenen in de moeilijke situatie waarin zij zich bevinden het liever niet te hebben. Zij vragen of het mogelijk is de wet te preciseren. Zij doen vandaag immers meer dan in de wet staat. Dat is hun deontologische code.

Ik ga ermee akkoord dat het niet eenvoudig is. Wij mogen niet de reactie bekomen die er in Frankrijk is geweest. Ik spreek mij ook niet uit over het feit of er iets moet worden aangepast of niet.

Het tweede element is de informatiecampagne. Ik ben heel blij met de cijfers die u vandaag geeft. Ik ken de folder en ik heb de folder ook bij mij, maar ik heb het onderwerp en de problematiek beter leren kennen naar aanleiding van een grote informatieavond "Leven is geven" die in Ieper werd georganiseerd en waar heel veel mensen aanwezig waren.

Een brochure zegt al veel, dat kan je lezen, maar op zo'n avond met een voorstelling en getuigenissen van donoren en van mensen die geholpen geweest zijn, kan je nog heel veel mensen mobiliseren.

Het cijfer dat u geeft, een stijging met 30.000 op 19 maanden dankzij die campagne is zeer goed en ik dank u voor uw inspanning op dit vlak. Ik hoop dat we verder nog meer mensen kunnen mobiliseren om hen ervan te overtuigen. De titel van die avond was "Leven is geven" en eigenlijk draait het allemaal daarrond.

Dank u wel voor dit antwoord.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

18 Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de keuringen voor het Instituut voor Veterinaire Keuring" (nr. 14719)

18 Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les expertises effectuées pour l'Institut d'expertise vétérinaire" (n° 14719)

18.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de keuringen voor het Instituut voor Veterinaire Keuring. Na de dioxinecrisis werden bedrijven in de pluimveesector belast met keuringen voor het Instituut voor Veterinaire Keuring, in dienst van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen. Intussen zijn wij verscheidene jaren verder. De bijdragen die daarvoor moeten betaald worden nemen jaarlijks toe.

Ik werd benaderd door mensen die een pluimveeslachterij runnen. Zij hebben mij verteld dat er dagelijks een controleur langskomt tijdens het slachten van het pluimvee. Er komt ook nog een hogergeplaatste controleur om te zien of de eerste wel dagelijks aanwezig is. Voor het versnijden van het pluimvee komen er dan nogmaals twee andere aangestelden, die beiden dezelfde controle doen, iedere maand opnieuw. Alles moet door de eigenaars van de pluimveeslachterijen betaald worden.

Ik ben te rade gegaan bij een agri-expert. Hij liet blijken dat het probleem inderdaad langzamerhand naar boven komt. In Wallonië werd het probleem in 2006 al verschillende keren aangekaart. De huidige directie van het FAVV is er zich van bewust. Hoe kleiner het bedrijf, hoe groter de controledruk en de relatieve kosten worden.

Ik heb de volgende vragen. Erkent u dat kleine productiebedrijven te kampen hebben met een hoge controledruk en dat de daaraan gekoppelde kosten hoog oplopen? Is dit voor dergelijke bedrijven eigenlijk wel verantwoord? Zitten er initiatieven in de pijplijn om de kosten voor die productiebedrijven te drukken? Klopt het dat er tussen het FAVV en de pluimveesector afspraken gemaakt zijn waarin staat dat het FAVV de bijdrages uit de sector wil verlagen, op voorwaarde dat de sector een aantal extra controles ten laste neemt? Kunt u hierbij tekst en uitleg geven? Ik kan mij niet van de indruk ontdoen dat het hier ook om een budgettaire kwestie gaat, met name de financiering van het FAVV. Wat is daarop uw reactie?

18.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Lahaye-Battheu, ten eerste, het is mogelijk dat exploitanten, zeker van kleinere bedrijven, de controles die in het belang van de volksgezondheid worden uitgevoerd, als een bijkomende last ervaren. Aan de keuring bij slachtingen is echter niets gewijzigd in vergelijking met vroeger, behalve dat aan de pluimveeslachthuizen nu de mogelijkheid wordt geboden om een bedrijfsgeassisteerde keuring te realiseren, wat tot een verminderde aanwezigheid van keurders zou moeten leiden.

Voor het toezicht in de uitsnijderij is nu slechts een maandelijkse inspectiefrequentie vastgesteld terwijl vroeger, op basis van Europese regels, controles moesten worden uitgevoerd elke dag dat vlees werd

uitgesneden. Rekening houdend met de risico's in de pluimveesector, zoals salmonella en campylobacter, zijn deze controles zeker verantwoord.

Het nieuwe financieringssysteem van het FAVV voorziet erin dat de kosten inherent aan deze controles, de zogenaamde retributies, kostendekkend moeten zijn. Deze controles worden dan ook aan de aanvrager doorgerekend.

Ten tweede, er werd al heel wat ondernomen om de kosten voor deze inrichting te drukken. Zo werden de tarieven van de keuring met 10% verlaagd. Voor de kleine slachthuizen met maximaal 1.200 slachtingen van pluimvee per dag is bovendien een regeling getroffen waarbij hen voor de keuring slechts de kosten van een uur wordt aangerekend, niettegenstaande de slachting meer tijd in beslag neemt en de keurder zelf twee keer per dag moet langskomen. Voor de inspecties in uitsnijderijen werd besloten niet langer alle controledomeinen aan bod te laten komen bij elke inspectie, zodat de nodige globaliteit en dus ook de kosten verminderen. De invoering door de exploitant van een gevalideerd autocontrolesysteem zal leiden tot een halvering van de inspecties. Goede prestaties worden dus wel degelijk beloond.

Ten slotte stip ik aan dat een risico-inschatting lopende is, die moet nagaan of de huidige frequentie zelf ook nog zou kunnen worden verminderd.

Ten derde, u doelt hier waarschijnlijk op de regelingen die reeds in de financiële besluiten werden opgenomen en die op de zogenaamde bonus voor inrichtingen met een gevalideerd autocontrolesysteem betrekking hebben. Dat houdt inderdaad in dat de bedrijven zelf meer inspanningen leveren dan voorheen om zichzelf te controleren.

De aanpak past trouwens in de filosofie van de Europese hygiëneverordeningen, die de eerste verantwoordelijkheid voor de veiligheid in de voedselketen bij de economische actoren zelf legt. Daarin werd dan ook voorzien in het koninklijk besluit van 6 oktober 2006 betreffende de bedrijfsgeassisteerde keuringen, dat aan de slachthuizen de kans geeft om via eigen inspanningen de keurrechten te drukken.

Ten vierde en ten slotte, de eerste opdracht van het Agentschap is de bewaking van de veiligheid in de voedselketen. In zijn businessplan heeft het Voedselagentschap duidelijk aangegeven hoe het deze missie tegen de laagst mogelijke kosten wenst te realiseren.

Bij de oprichting van het Agentschap werd evenwel een duidelijke, politieke keuze gemaakt. De toewijsbare kosten van de controles moeten voor 100% aan de operatoren worden doorgerekend. De financiering van het FAVV werd dan ook op deze optie afgestemd en laat de keuze aan de operatoren om een autocontrolesysteem in te bouwen, wat tot een vermindering van de inspecties door het Agentschap en dus tot lagere kosten voor de operator leidt.

18.03 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Mevrouw de voorzitter, ik heb geen repliek.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Nous arrivons au terme de nos travaux pour cette matinée, monsieur le ministre. Nous reprendrons à 14.15 heures.

La réunion publique de commission est levée à 12.31 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.31 uur.