

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

van

du

DINSDAG 13 NOVEMBER 2007

MARDI 13 NOVEMBRE 2007

Voormiddag

Matin

De vergadering wordt geopend om 10.19 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "het Nationaal Actieplan Milieu en Gezondheid (NEHAP)" (nr. 111)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de infosite van de federale overheid met betrekking tot het gebruik van mobiele telefoons" (nr. 123)

01.01 **Jean-Luc Crucke** (MR): De Vlaamse regering publiceerde onlangs een brochure op 700.000 exemplaren waarin gsm-gebruikers gewaarschuwd worden voor de mogelijke risico's en waarin gewezen wordt op de noodzakelijke voorzorgsmaatregelen, bij gebrek aan onweerlegbare wetenschappelijke bevindingen. Naar aanleiding daarvan zou ik graag vernemen hoe het staat met het Nationaal Actieplan Leefmilieu en Gezondheid (NEHAP), in het raam waarvan het vraagstuk van de ioniserende stralingen op dit ogenblik wordt onderzocht.

Is het aangewezen de normen in dat verband te herzien?

Hoe zal u de besluiten van het NEHAP wereldkundig maken?

Zal u een brochure publiceren waarin de vinger gelegd wordt op de gevaren van gsm-gebruik, vooral voor de jongste gebruikers, die in dat verband de meest kwetsbare groep vormen?

01.02 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): In het recente rapport « BioInitiative » wordt een synthese gemaakt van zo'n tweeduizend studies over het effect van elektromagnetische velden op de gezondheid van de mens.

Uit de onrustbarende conclusies van het rapport blijkt dat het risico op kanker, zenuw- en slaapstoornissen en DNA-mutaties reëel is. Het is aangewezen om nieuwe blootstellingsnormen vast te leggen.

Midden september riep het Europees Milieuagentschap de zevenentwintig lidstaten op maatregelen te nemen om het publiek beter te beschermen.

Zelfs in een periode van lopende zaken moet de regering maatregelen kunnen nemen met het oog op sensibilisering, zeker naar de meest kwetsbare groepen van de maatschappij toe.

Ik ben ontzet door wat er op de site www.infogsm.be staat. Die website werd ontwikkeld door uw diensten - naar het schijnt in samenwerking met Proximus! - en stelt, volledig in strijd met de wetenschappelijke bevindingen, dat in alle gezaghebbende studies wordt bevestigd dat het elektromagnetische veld dat een

gsm uitzendt zonder gevaar is voor de gezondheid.

Waarom wordt het voorzorgsbeginsel zo schromelijk veronachtzaamd? Dat staat haaks op de grote media-aandacht voor het rapport, op de aanbevelingen van het Europees Milieuagentschap en op de voorzichtigere houding van Vlaanderen of van de Duitse regering.

01.03 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): Ik wil hier iets rechtzetten: men heeft het over niet-ioniserende stralingen en niet enkel over gsm's.

Als federaal minister die over volksgezondheid gaat, kan ik u meedelen dat er in de huidige stand van de wetenschap geen enkel bewijs is dat gsm's schadelijk zouden zijn. Dat betekent niet dat er geen enkel risico gemoeid is met het gebruik ervan: het raadgevend orgaan van de Hoge Raad voor de Gezondheid beveelt iedereen een gematigd gsm-gebruik aan. Mijn administratie bereidt dienaangaande een brochure in de drie landstalen voor.

Als handelsproducten moeten de toestellen voldoen aan normen die uitgewerkt worden door de Europese Unie en niet door de onderscheiden lidstaten. Als er belangrijke redenen zijn om de normen voor draagbare telefoons te herzien of om gebruiksbependingen op te leggen, dan zal die kwestie besproken worden met de toekomstige, voor telecommunicatie bevoegde minister en zijn collega die over de gezondheid van de consumenten gaat.

De NEHAP-cel, waarin de Gewesten, de Gemeenschappen en de federale overheid vertegenwoordigd zijn, is een interessant maar in dit geval ongeschikt forum. Zij is momenteel niet belast met opdrachten met betrekking tot normen op het stuk van niet-ioniserende stralingen.

Ik ken het verslag van de groep BioInitiative. Maar het is het Wetenschappelijk Comité voor nieuwe gezondheidsrisico's van de Europese Commissie dat bevoegd is op het gebied van de risico's van elektromagnetische velden voor de gezondheid. Welnu, in maart 2007 is dat wetenschappelijk comité tot geruststellende conclusies gekomen in verband met de radiogolven. De huidige Europese normen worden niet ter discussie gesteld. Men mag er derhalve van uitgaan dat de Belgische norm, die vier maal strenger is dan de Europese, voldoende bescherming biedt.

Het is niet de bedoeling van de website www.infogsm.be de actualiteit tot in de kleinste details te volgen. Wel wil men nadenken over de algemene tendensen die zich in het kader van de wetenschappelijke ontwikkelingen aftekenen.

01.04 **Jean-Luc Crucke** (MR): Een aantal wetenschappelijke aanwijzingen zijn alarmerend in het licht van het voorzorgsprincipe, meer bepaald voor kinderen en jongeren onder de zestien jaar. U schijnt het trouwens oneens te zijn met minister Fonck over de exacte bevoegdheid van het NEHAP.

U herinnert ons er terecht aan dat we in een periode van lopende zaken zitten. Maar dat zorgt voor moeilijkheden.

01.05 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Men gaat er nogal licht van uit dat er, aangezien er geen bewijs is, ook geen probleem is. Dat stuit me tegen de borst. Aangezien steeds meer wetenschappelijke bevindingen eensluidend op een zeker risico wijzen, moet er volgens mij dringend voor voorzorgsmaatregelen worden gepleit. Ik begrijp wel dat een regering van lopende zaken de norm niet kan wijzigen, maar ik hoop dat daar wel werk van zal worden gemaakt zodra er een nieuwe regering is. In afwachting daarvan moet de politieke overheid echter een duidelijk signaal geven.

01.06 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): Ik herhaal dat de Belgische norm vier keer strenger is dan de Europese, wat bewijst dat ons land wel degelijk het voorzorgsbeginsel huldigt en zelfs verder gaat dan wat nodig is in het licht van het gebrek aan eenduidige bevindingen van de wetenschap. Een volgende regering zal met het Parlement en de verschillende beleidsniveaus moeten nagaan of nog stringentere maatregelen nodig zijn.

De **voorzitter**: Ik vrees een beetje dat de vraagstellers op hun honger blijven. Rekening houdend met uw antwoord, zou de strekking van de website eveneens in zijn juiste kader kunnen worden geplaatst. Ik ben zo vrij hieraan toe te voegen dat onze commissie op 27 november eerstkomend een halve dag zal wijden aan

de stand van zaken van de door het NEHAP genomen maatregelen en van de opdrachten die het heeft gekregen voor de periode 2003-2008.

01.07 Jean-Luc Crucke (MR): Ik ga graag op uw uitnodiging in, mevrouw de voorzitter.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de verhoogde risico's op astma door het gebruik van spuitbussen in het huishouden" (nr. 147)

02.01 Jean-Luc Crucke (MR): Volgens de *Artsenkrant* zorgt het veelvuldig gebruik van spuitbussen in het huishouden voor een dramatische toename van het aantal astmapatiënten. Als op grond van onze huidige wetenschappelijke kennis blijkt dat het probleem werkelijk van die omvang is, welke maatregelen zal u dan nemen en binnen welke termijn zal u ze doen toepassen?

02.02 Minister Didier Donfut (Frans): Ik heb het WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) verzocht de resultaten van die studie te analyseren, mij zijn opmerkingen mee te delen en na te gaan welke acties voortbouwend op die voorbereidende werkzaamheden kunnen worden ondernomen om vervuiling in huis tegen te gaan.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "weesziekten" (nr. 185)

03.01 Jean-Luc Crucke (MR): Wat is de huidige situatie in ons land in verband met weesziekten? Voor welke begeleiding wordt er gezorgd? Het Europese Geneesmiddelenagentschap heeft een aantal gedragsregels en aanbevelingen opgesteld met betrekking tot de kosten van de registratie en de beperking van die kosten. Houdt ons land zich aan die aanbevelingen en wordt er voorzien in financiële steun, zoals wordt aanbevolen? Kan u bevestigen dat er ter zake wel sprake is van een allesomvattende aanpak van het probleem en niet van een benadering die verband houdt met een of ander meer wetenschappelijk oogmerk van de universitaire gemeenschap?

03.02 Minister Didier Donfut (Frans): Voor sommige weesziekten bestaat de mogelijkheid van een gespecialiseerde behandeling door referentiecentra in het kader van een revalidatieovereenkomst met het RIZIV. Daarnaast kunnen middelen uit het Bijzonder Solidariteitsfonds van het RIZIV worden vrijgemaakt. Bovendien brengt het Comité voor advies inzake de zorgverlening bij chronische ziekten en specifieke aandoeningen van het RIZIV advies uit over de behandeling van die ziekten en ondersteunt het innoverende projecten inzake de zorgverlening aan die patiënten.

Wat de ondersteuning van het onderzoek betreft, heeft het RIZIV het WIV gelast samen met de referentiecentra een aantal studies uit te voeren.

Wat de Europese verordening betreffende de weesziekten betreft, werd er in 2004 beslist om de oprichting van colleges van geneesheren mogelijk te maken die de adviserende geneesheer bijstaan in zijn beslissingen betreffende de mogelijke terugbetaling van weesgeneesmiddelen aan de verzekerde.

In 2006 werden in Europa 260 producten als weesgeneesmiddelen aangemerkt, waarvan er 22 ook als dusdanig werden geregistreerd. In België kwam er een terugbetaling voor elf weesgeneesmiddelen en voor negen daarvan werd een college van geneesheren ingesteld. Er werd geen enkele studie verricht naar het aandeel van de RIZIV-begroting dat aan de weesziekten wordt besteed. Methodologisch gezien is het niet eenvoudig om een globale definitie van de weesziekten uit te werken. Wellicht is de aanpak per pathologie de enige die tot tastbare resultaten leidt.

Men mag ook niet vergeten dat er daarnaast nog andere middelen worden uitgetrokken: verhoogde

kinderbijslag, tegemoetkomingen aan personen met een handicap, forfaitaire uitkeringen voor chronische ziekten, maximumfactuur en verhoogde tegemoetkoming voor geneeskundige verzorging.

In deze wordt gekozen voor een globale benadering, waarbij instrumenten gericht op een welbepaalde ziekte met een voor alle chronische ziekten gemeenschappelijke sokkel worden gecombineerd. Ik ben niet tegen het idee van een nationaal plan gekant, maar ik vind wel dat eerst moet worden nagegaan wat de toegevoegde waarde daarvan zou zijn. Voor mij komt het erop aan voor een optimale financiële tegemoetkoming voor die ziekten te blijven zorgen. Te dien einde moet de groeinorm voor de geneeskundige verzorging hoog genoeg blijven. Ik ben ervan overtuigd dat de volgende regering de norm van 4,5 procent zal behouden.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de invloed van kleurstoffen op de hyperactiviteit van kinderen" (nr. 212)

04.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): De consumptie van gele en rode kleurstoffen in combinatie met het bewaarmiddel natriumbenzoaat zou volgens een Britse studie concentratieproblemen, leesproblemen en impulsief gedrag veroorzaken.

Ging het Voedselagentschap al na wat het effect is van dergelijke additieven op de volksgezondheid? Zal het Voedselagentschap dit naar aanleiding van deze studie doen? Wordt er overlegd met voedingsproducenten om deze kleurstoffen niet langer te gebruiken in voeding en in snoepgoed?

04.02 Minister Didier Donfut (Nederlands): Reglementering van additieven is geen bevoegdheid van het Voedselagentschap, maar van het directoraat-generaal Dier, Plant, Voeding van de FOD Volksgezondheid. Het is de taak van fabrikanten en invoerders van kleurstoffen om voor een volledig toxiciteitsdossier te zorgen. De overheid evalueert en beslist.

De Britse studie kon de verantwoordelijke additieven niet identificeren omwille van het gebruik van mengsels en van bewaarmiddelen. De studie is evenwel een indicatie dat verder onderzoek nodig is. Dat gebeurt ook door de European Food Safety Authority, het Europese wetenschappelijke adviesorgaan dat de basis van de Europese wetgeving is.

(Frans) Er zal pas advies aan de firma's kunnen worden verstrekt nadat de resultaten bekend zijn van het aan de gang zijnde heronderzoek van de toxiciteit van de kleurstoffen, alsook van het heronderzoek van de additieven en de bewaarmiddelen, dat daarna zal plaatsvinden

De FOD Volksgezondheid ziet er echter op toe dat alle nodige veiligheidsmaatregelen worden getroffen, getuige bijvoorbeeld het onmiddellijke verbod op het gebruik van de kleurstof E-128 nadat de EFSA op 5 juli jongstleden dienaangaande een negatief advies had uitgebracht.

04.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Het is wachten op de resultaten van het EFSA. Mochten die de problemen bevestigen, dan hoop ik dat de juiste conclusie snel zal worden getrokken.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "het hinderen van artsen door moslims bij het uitoefenen van hun medische hulpplicht" (nr. 226)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Ziekenhuizen melden incidenten waarbij moslims de hulp van mannelijke gynaecologen en anesthesisten aan hun echtgenote weigeren. De beroepsvereniging van anesthesisten diende zelfs een klacht in en dringt aan op duidelijke regels van de overheid.

Is de minister op de hoogte van de problematiek? Heeft de minister over deze problematiek al overleg gepleegd met de beroepsverenigingen en anesthesisten? Wat is de politieke stelling van de minister in dit dossier?

05.02 Minister **Didier Donfut** (*Nederlands*): Ik ben op de hoogte van een incident waarbij de echtgenoot van een patiënte een mannelijke anesthesist weigerde toen die een medische handeling wou stellen bij de dringende keizersnede die de patiënte moest ondergaan. Dergelijke situaties zijn vooral problematisch bij wachtdiensten.

Als minister in een ontslagnemende regering heb ik het probleem gesignaleerd aan de FOD Volksgezondheid. De bevoegde dienst zal uitzoeken of de bestaande wetgeving rond belemmering van de uitoefening van de geneeskunde door feitelijkheden of geweld volstaat om zulke toestanden het hoofd te bieden. Zelf acht ik het vooral nuttig om patiënten te informeren en te sensibiliseren, eerder dan de wet halsoverkop aan te passen.

05.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Het onderzoek loopt nog, maar ik vraag me af of er wel overleg is geweest met de beroepsverenigingen. De minister wil begrijpelijkerwijze als minister van lopende zaken geen overhaast wetgevend werk doen. Er moet wel een maatschappelijk debat komen over het feit dat artsen hun werk moeten kunnen doen in normale omstandigheden. Dat kan eventueel uitmonden in wetgevende initiatieven.

Het incident is gesloten.

05.04 **De voorzitter** : De vraag nr. 229 van de heer Josy Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over de grensoverschrijdende dringende medische hulpverlening, wordt uitgesteld.

06 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "sterfgevallen en medicijngebruik in de psychiatrie" (nr. 231)**

06.01 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): Uit cijfers van de Sarah-beweging blijkt dat er in België vijf keer meer psychiatrische opnames zijn dan het Europese gemiddelde. Er zijn ook dubbel zoveel voorschriften voor psychiatrische medicijnen en dubbel zoveel zelfmoorden als in de vergelijkbare buurlanden. In twee jaar tijd is er een stijging van 45 procent van de natuurlijke sterfgevallen in de psychiatrische instellingen en is er een groot aantal overlijdens met onbekende doodsoorzaak.

Kan de minister die cijfers bevestigen? Wat is de mogelijke oorzaak van deze verontrustende cijfers? Zijn er in de vorige regeerperiode al concrete maatregelen genomen?

06.02 Minister **Didier Donfut** (*Nederlands*): De cijfers kloppen niet. Ze zijn geciteerd door een gedelegeerd bestuurder van de Broeders van Liefde en blijken te slaan op 1998 en niet op 2004. Tussen 1998 en 2003 is het aantal overlijdens van psychiatrische patiënten significant gedaald. Die dalende trend zet zich verder.

(*Frans*) Bij gebrek aan nauwkeurige gegevens op Europees niveau kan ik de cijfers met betrekking tot het gebruik van antidepressiva niet bevestigen. Voor de Belgische gegevens verwijs ik u naar de gezondheidsenquête van 2004.

Het is ook erg moeilijk om epidemiologische en statistische gegevens met betrekking tot zelfmoord te verzamelen. De door mijn voorganger op stapel gezette maatregelen op dat gebied zullen onder mijn opvolger hun beslag moeten krijgen.

06.03 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): Het eerste deel van dit antwoord stemt mij optimistisch, hoewel het belangrijk blijft om onze geestelijke gezondheid goed in het oog te houden. De cijfers tonen wel aan dat we te veel medicatie gebruiken. Ik geef toe dat er in Vlaanderen meer medicatie wordt gebruikt dan in Wallonië. We zullen deze problematiek goed moeten bestuderen.

Het incident is gesloten.

07 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Georges Gilkinet** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de wet inzake de medische fouten" (nr. 238)
- de heer **Koen Bultinck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de inwerkingtreding van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van medische verzorging" (nr. 248)
- mevrouw **Sonja Becq** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de uitvoering van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg" (nr. 303)

07.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Met het oog op de inwerkingtreding van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van medische verzorging op 1 januari 2008 moeten er uitvoeringsbesluiten worden opgesteld en voldoende kredieten op de begroting worden vrijgemaakt. Dat is in een periode van lopende zaken echter niet mogelijk. Het hoofdstuk "vergoeding" zal bijgevolg niet op 1 januari in werking kunnen treden en, erger nog, de burgerrechtelijke onschendbaarheid van de geneesheren zal een feit zijn. De inwerkingtreding van die wet moet derhalve worden uitgesteld.

Voorts zou volgens de pers een lid van onze Assemblee, dat tevens beheerder bij het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg is, de publicatie van een studie over de kosten verbonden aan de uitvoering van die wet, verhinderd hebben. Wij vrezen dan ook dat het betrokken lid en haar partij willen terugkomen op het compromis dat in de voorbije zittingsperiode na onderhandelingen bereikt werd.

Weet u tot welke moeilijkheden de inwerkingtreding van de wet zonder haar uitvoeringsbesluiten zou kunnen leiden? Is u van plan de inwerkingtreding uit te stellen? Zijn er reeds voorontwerpen van de uitvoeringsbesluiten opgesteld? Werden ze door de regering besproken? Waarom werden ze niet goedgekeurd vóór de periode van lopende zaken inging? Kunnen we over die teksten beschikken? Volgens welke budgettaire constructie zal die wet gefinancierd kunnen worden? Hoeveel middelen zouden er daarvoor jaarlijks vrijgemaakt moeten worden? Kent u de studie waar ik naar verwees? Kan u de conclusies van die studie toelichten? Waarom werd die studie niet gepubliceerd?

07.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Op het einde van de vorige regeerperiode werd de wet inzake de vergoeding van schade als gevolg van medische verzorging goedgekeurd. De lange formatieperiode zorgt voor een aantal praktische problemen voor de inwerkingtreding van deze wet, zoals de financiering van het fonds.

De leden van deze commissie kregen een brief van het Nationaal Intermutualistisch College met de vraag om een KB dat de inwerkingtreding op 1 januari 2008 mogelijk maakt.

Wat is de houding van de minister tegenover de datum van inwerkingtreding? Welke KB's zijn reeds in voorbereiding? Wat bemoeilijkt er precies de inwerkingtreding op 1 januari?

07.03 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Onder meer het Nationaal Intermutualistisch College maakt zich zorgen over de wet inzake de schadevergoeding voor medische fouten, omdat er nog geen enkel uitvoeringsbesluit klaarligt.

Met het principe van deze foutloze verzekering gaan wij volledig akkoord, maar over de uitvoering ervan blijven wij met enkele zeer concrete vragen zitten. De verwachting werd gecreëerd dat schade door medische fouten vanaf 1 januari 2008 zou worden vergoed. Deze wet werd door het Parlement gejaagd. Er had veel meer voorbereidend werk moeten gebeuren.

Hoe staat het met de voorbereiding van de uitvoeringsbesluiten? Is er verder onderzoek verricht, onder meer naar de berekeningswijze van de schadevergoeding en naar de verdeelsleutel voor het fonds?

Wat zullen de juridische gevolgen zijn als de wet niet in werking treedt op 1 januari? Is de overheid aansprakelijk?

07.04 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): Deze zeer interessante vraagstukken houden alle politieke partijen bezig.

(*Nederlands*) De korte periode tussen de goedkeuring van deze wet en de ontbinding van het Parlement heeft ervoor gezorgd dat mijn voorganger onvoldoende tijd heeft gehad om de KB's voor te bereiden. Op dit moment zijn er geen voorontwerpen en er vond geen overleg plaats op de Ministerraad. Niemand kon dan ook voorzien dat de periode van lopende zaken meer dan zes maanden zou aanslepen.

(*Frans*) De regering zal de nodige bepalingen voorleggen teneinde de inwerkingtreding van die wet uit te stellen. Mijn diensten zullen ervoor zorgen dat de koninklijke besluiten zo snel mogelijk aan de ministerraad kunnen worden voorgelegd.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft inderdaad een studie uitgevoerd inzake de vergoeding van schade bij medische zorgverlening. De wet bepaalt dat de voorgestelde regeling zal worden gefinancierd middels een dotatie ten laste van de Staat, een bijdrage van het RIZIV en de verzekeringspremies van de zorgverleners. Gedurende het eerste jaar zou het systeem zo'n 25 miljoen euro kosten; na ongeveer vijf jaar zou de kostprijs zo'n 90 miljoen euro bedragen.

Het Kenniscentrum heeft tevens onderzocht hoe de vergoedingslast dient te worden verdeeld tussen de verzekeraars enerzijds en het Fonds voor de vergoeding van ongevallen bij medische zorgverlening anderzijds. Het Kenniscentrum stelt voor gedurende het eerste begrotingsjaar een verdeelsleutel van 49,7 procent voor de verzekeraars en 50,3 procent voor het Fonds toe te passen. Die verhouding kan worden aangepast indien de frequentie en de kosten van de vergoedingen anders uitvallen dan verwacht.

Voornoemde studie werd op 16 oktober aan de raad van bestuur van het Kenniscentrum voorgesteld en zal in december worden bekrachtigd. De impact van de ziekenhuisinfecties valt moeilijk te becijferen. De aanbevelingen inzake het te volgen beleid dienen nog te worden verduidelijkt.

07.05 **Georges Gilkinet** (*Ecolo-Groen!*): De goedkeuring van een wet net vóór de verkiezingen zonder dat de uitvoeringsbesluiten werden voorbereid lijkt mij geen voorbeeld van goed bestuur. Ik hoop dat het mogelijk zal zijn dat werk zo spoedig mogelijk te hervatten. Intussen zit er niets anders op dan het uitstel van de inwerkingtreding van die wet goed te keuren.

07.06 **Koen Bultinck** (*Vlaams Belang*): Ik vind dit een kras antwoord. Minister Demotte wist net als iedereen wanneer er verkiezingen zouden zijn. Wij hebben vanuit de oppositie altijd constructief meegewerkt aan de totstandkoming van deze wet, omdat wij het principe van deze wet erg belangrijk vinden. Nu krijgen we echter de indruk dat de minister met deze wet alleen electoraal wilde scoren op de kap van de patiënten. Daarbovenop verbaast het mij dat er nog geen enkel uitvoeringsbesluit klaar is.

Door deze technische problemen zullen wij verplicht zijn om de programmawet van de regering van lopende zaken, waarin het uitstel van de inwerkingtreding wordt bepaald, goed te keuren. Deze werkwijze is beschamend, zeker omdat iedereen het over het principe van de foutloze aansprakelijkheid eens was.

07.07 **Sonja Becq** (*CD&V - N-VA*): Ook wij betreuren dit antwoord. Op 23 maart 2007 wist de regering dat er op 10 juni verkiezingen zouden plaatsvinden. Alle partijen hebben tijdens de bespreking in de commissie constructief meegewerkt. Ik ben dan ook heel verrast dat er nog geen uitvoeringsbesluiten werden voorbereid.

Ik heb in principe niets tegen een kaderwet, maar wel als die een lege doos blijkt te zijn en men de mensen zo zand in de ogen strooit.

Ik blijf mij afvragen wat de gevolgen zouden zijn als de inwerkingtreding van de wet niet zou worden uitgesteld.

07.08 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): In een periode van lopende zaken hoort een minister mijns inziens geen polemiek te voeren met het Parlement. Dat probleem was bekend en de aftredende regering heeft in dat verband de kans gehad om een wetgevend initiatief te nemen.

In een democratie is het normaal dat men eerst de wet laat goedkeuren en vervolgens de uitvoeringsbesluiten opstelt. Mijn voorganger beschikte daartoe echter, wegens de verkiezingen, niet over de nodige tijd. Het probleem is niet zozeer dat de wet voor de verkiezingen werd goedgekeurd, maar wel dat de huidige periode zonder regering nogal lang aansleept.

Ik wens dat we die hervorming snel kunnen doorvoeren.

07.09 **De voorzitter** : Indien we op basis van de wetsvoorstellen die in 2003 en 2004 door verscheidene fracties werden ingediend, hadden gewerkt, hadden we tijd kunnen winnen. De betrekkingen tussen het Parlement en de regering verlopen soms wat stroef.

We zullen dat ontwerp van programmawet dus afwachten.

Het incident is gesloten.

08 **Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de maatregelen die werden genomen nu zich in ons land opnieuw gevallen van hondsdoelheid hebben voorgedaan" (nr. 250)**

08.01 **Jean-Luc Crucke** (MR): In Beersel werd een geval van hondsdoelheid vastgesteld, hoewel men dacht dat die ziekte in ons land allang was uitgeroeid.

Welke maatregelen werden er in dat verband genomen?

Klopt het dat dit geval van rabiës terug te voeren is op een illegaal ingevoerde puppy uit Marokko?

Heeft het FAVV adequaat gereageerd?

08.02 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): Op dit ogenblik gaat het inderdaad om een alleenstaand geval van hondsdoelheid. Door de betrokken gemeenten werden verschillende maatregelen genomen. Zo wordt een vaccinatie tegen hondsdoelheid aanbevolen, worden de honden aan de leiband en de katten binnenshuis gehouden, werden er waarschuwborden geplaatst en vindt er een grondig onderzoek plaats.

De maatregelen worden gecoördineerd tussen de betrokken overheden en instellingen: het FAVV, het Instituut Pasteur, de gemeentelijke overheden, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, de FOD Volksgezondheid en het Vlaamse agentschap "Zorg en Gezondheid".

Het geval van hondsdoelheid werd wel degelijk veroorzaakt door de illegale invoer van een hondenjong uit Marokko. Tot op heden bracht het onderzoek aan het licht dat 32 personen contacten hadden die mogelijk een risico inhouden en hebben achttien diereneigenaars in dat verband zelf contact opgenomen.

De maatregelen zullen gedurende zes maanden - de incubatietijd van hondsdoelheid - van kracht blijven.

Het incident is gesloten.

09 **Vraag van de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de regeling van het dringend medisch vervoer" (nr. 264)**

09.01 **Jean-Marc Delizée** (PS): Op 6 augustus 2007 werden er bij een ongeval vier kinderen ernstig verbrand. Zij werden gered door de hulpdiensten, en daarbij werden onder meer drie helikopters ingezet.

Aangezien dringend medisch vervoer niet gedekt wordt door de verplichte verzekering, rijzen er vragen met betrekking tot de kosten ervan.

Wie beslist over de coördinatie dienaangaande? Welke autoriteit is ter zake bevoegd? Speelt het Belgisch leger daarin een rol? Kan er bezwaar worden aangetekend tegen de aangerekende kosten?

Dringend gespecialiseerd transport, met name per helikopter, kost handenvol geld. Families die zo'n zware kosten moeten dragen, raken vaak in ernstige financiële moeilijkheden. Dergelijke risico's worden kennelijk niet gedekt door de verzekeringsinstellingen. Heeft men bestudeerd wat de kosten zouden zijn van een eventuele onderlinge verzekeringsregeling voor die risico's?

Bestaat er een overeenkomst met Duitsland? En met het groothertogdom Luxemburg?
Welke denksporen reikt u dienaangaande aan?

09.02 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): Overeenkomstig de wet van 1964 kan de operator van het eenvormig oproepstelsel een arts oproepen en beslissen dat hij per helikopter naar de desbetreffende locatie moet worden gebracht. De wet maakt geen enkele melding van de helikopter als middel om dringende medische hulp te verlenen.

In het geval van Matagne-la-Grande diende de patiënt zo snel mogelijk en zonder schokken naar het meest geschikte ziekenhuis vervoerd te worden. Omdat dit over de weg niet kon, heeft het eenvormig oproepcentrum van Bergen voor een medisch transport per helikopter gekozen.

Naast de Sea King van Koksijde zijn er nog twee helikopters waarvoor er een overeenkomst met de FOD Volksgezondheid is afgesloten. Als die beide onbeschikbaar zijn en het om een noodgeval gaat, kan de operator een geneesheer oproepen – van welke nationaliteit ook – en een beroep doen op een organisme waarmee een partnerschap werd gesloten.

In het aangehaalde geval werd het transport per helikopter naar het Burn Center goedgekeurd door de geneesheer en uitgevoerd door het eenvormig oproepcentrum van Bergen.

Het Belgisch leger beschikt over geen andere permanente structuur dan de Sea King voor medisch vervoer per helikopter.

Zowel in individuele als in collectieve spoedgevallen is de minister van Volksgezondheid verantwoordelijk voor het medische aspect.

Het tarief dat geldt voor alle transporten die na een oproep op het 100-nummer worden uitgevoerd, is in het koninklijk besluit van 7 april 1995 vastgelegd. Dat tarief stemt helemaal niet overeen met de reële kostprijs van de inzet van een helikopter. Er blijft een juridisch vacuüm bestaan met betrekking tot de vraag wie de reële kosten van een helikoptervlucht moet betalen.

Mijn administratie is van plan om tegen januari 2008 een ontwerp uit te werken waarbij in een gedeeltelijk stelsel van onderlinge verzekering voor de dekking van de kosten wordt voorzien, maar dat moet eerst nog grondig besproken worden. Bovendien zal er een wetswijziging nodig zijn.

09.03 **Jean-Marc Delizée** (PS): We moeten het juridisch vacuüm waarvan u gewag maakt, wegwerken. Ik zal daarop terugkomen in de loop van de zittingsperiode, wanneer er een nieuwe regering zal zijn.

Het incident is gesloten.

10 **Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de problemen met de dienst 100 in Mesen" (nr. 69)**

10.01 **Sabien Lahaye-Battheu** (Open Vld): De dienst 100 voor de gemeente Mesen wordt waargenomen door de hulpdiensten uit Ploegsteert. Dit zorgt al geruime tijd voor problemen omdat de eentaligheid van de Franstalige ambulanciers de communicatie met de Nederlandstalige slachtoffers ernstig bemoeilijkt. De burgemeester van Mesen heeft dit probleem al vaker aangekaart, zowel bij de provinciegouverneur van West-Vlaanderen als bij de bevoegde federale minister. Tot vandaag heeft hij geen enkele reactie ontvangen.

De burgemeester verkiest de inwoners van zijn gemeente te laten bedienen door de ambulance van Nieuwkerke. Deze gemeente ligt ongeveer op dezelfde afstand als Ploegsteert, maar beschikt wel over tweetalig personeel.

Wat is de houding van de minister ten opzichte van dit probleem? Wat vindt hij van het voorstel van de burgemeester van Mesen? Is hij bereid op deze suggestie in te gaan?

10.02 Minister **Didier Donfut** (*Nederlands*): Mijn administratie is op de hoogte van dit probleem. Het wordt

behandeld door de Federale Gezondheidsinspecties. De werking van dringende medische hulpverlening wordt sinds het koninklijk besluit van 10 augustus 1988 geregeld door de bevoegde provinciale commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. De provinciegouverneur is dus niet bevoegd. De minister van Volksgezondheid aanspreken, betekent dan weer dat het lokaal overleg geen kans wordt geboden.

De directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid heeft op 10 augustus 2007 een bezoek gebracht aan Heuvelland om zich van de toestand te vergewissen. Het probleem waarnaar mevrouw Lahaye verwijst, is ontstaan door de aanwezigheid van een intermediaire dispatching bij de brandweer van Moeskroen-Ploegsteert, die, op initiatief van het betrokken korps, is afgeweken van het principe van de dichtstbijzijnde geschikte hulpdienst indien er geen ambulance in Ploegsteert beschikbaar was. Aan deze situatie is ondertussen op initiatief van de Gezondheidsinspectie een einde gemaakt.

De wet bepaalt niet dat er voor ambulancediensten vaste sectoren moeten worden afgebakend. Het is wel de bedoeling dat het dichtstbijzijnde geschikte hulpmiddel ingeschakeld wordt: bij dringende medische hulpverlening telt immers elke seconde. De gezondheid van de patiënt is belangrijker dan de taalkwaliteiten van de ambulanciers.

(Frans) Ik verwijs tevens naar de nieuwe organisatie van de civiele veiligheid, waarvoor hetzelfde principe geldt. Bij de programmering van het dispatchingsysteem werden de nodige maatregelen genomen om het gebruik van de passende landstaal te bevorderen in gevallen waarin het medisch risico beperkt is.

Mijn administratie heeft al het nodige gedaan om de belangen van de patiënt veilig te stellen.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van de heer Michel Doomst aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de ophokplicht voor pluimvee" (nr. 320)

11.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA): In zogenaamde gevoelige gebieden – zones waar nogal wat vogels in het wild voorkomen – moeten de kippen uit veiligheidsoverwegingen nog altijd opgehokt blijven. Deze maatregel is natuurlijk te verdedigen, maar voor bepaalde bedrijven geldt hij nu al meer dan een jaar en dit brengt heel wat bedrijven in de problemen. De grond voor vrije uitloop ligt er ongebruikt bij en de prijs voor de eieren ligt een stuk lager.

Hoe lang zal de ophokplicht voor nog behouden blijven? Mogen de bedrijven rekenen op een of andere vorm van compensatie voor het geleden verlies?

11.02 Minister Didier Donfut (Nederlands): De toekenning van schadeloosstellingen voor economische verliezen is een bevoegdheid van de Gewesten. Dit geldt dus ook voor de verliezen die voortvloeien uit de maatregelen die worden getroffen bij de preventie van vogelgriep. De heer Doomst moet zich dan ook wenden tot de bevoegde gewestministers.

(Frans) In het licht van de epidemiologische toestand is het weinig waarschijnlijk dat de preventiestrategie op korte termijn wordt gewijzigd.

De toepassing van maatregelen op het stuk van de bioveiligheid, zoals de ophokplicht voor pluimvee, wordt opgelegd door de Europese regelgeving.

Naar aanleiding van het uitstippelen van de strategie ter preventie en ter bestrijding van de vogelgriep in het voorjaar van 2006 wees het Agentschap de sector er toen al op dat de preventieve maatregelen wellicht langdurig zouden moeten worden toegepast en raadde het de kwekers die in gevoelige natuurgebieden gevestigd zijn, aan voor aangepast materieel te zorgen en hun voorzieningen zodanig aan te passen dat het pluimvee permanent kan worden opgehokt.

11.03 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Naar ik aanneem zal men de sector op de hoogte houden, want op het terrein zijn er ernstige problemen. Ik zal mij ook tot de gewestelijke verantwoordelijke richten.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van de heer Michel Doomst aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de remgeldvermindering voor het eerste consult in het kalenderjaar bij specialisten" (nr. 321)

12.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Sinds 1 februari betalen patiënten vijf euro minder remgeld voor een raadpleging bij een specialist indien zij worden doorverwezen door hun huisarts en een globaal medisch dossier hebben. Deze remgeldvermindering bij 17 specialismen geldt enkel voor de eerste raadpleging in het kalenderjaar en per specialisme. Een specialisme als orthopedie staat evenwel niet op de lijst. Omdat veel patiënten de beperkingen op de lijst niet kennen, worden ze geconfronteerd met serieuze meerkosten.

Komt er een evaluatie van de lijst? Zal men de lijst in de toekomst uitbreiden? Wat zijn de criteria om een specialisme al dan niet in de lijst op te nemen?

12.02 Minister Didier Donfut (*Nederlands*): De toepassing van het systeem van zachte echelonnering is opgenomen in het KB van 26 november 2006. De regeling geldt vanaf 1 februari 2007. Bij het opmaken van de lijst gaf men prioriteit aan de specialismen met een belangrijke diagnostische activiteit. Een evaluatie van de lijst van specialismen waarvoor bij de eerste consultatie in het kalenderjaar een remgeldvermindering wordt toegestaan, moet kaderen in een bredere evaluatie. Die globale evaluatie heeft nog niet plaatsgevonden. Uit cijfermateriaal van de verzekeringsinstellingen blijkt wel een geringe toepassingsgraad van het systeem omwille van de administratieve complexiteit.

(*Frans*) Ik wil niet dat er te snel wordt teruggekomen van het systeem van zachte echelonnering, dat nog maar een paar maanden geleden werd ingevoerd. Er werd voorzien in andere vormen van samenwerking tussen specialisten en huisartsen, die tot een betere structurering van het medisch aanbod kunnen leiden, onder meer via de verwezenlijking van het project "zorgtrajecten".

12.03 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Ik ben blij dat men omwille van de administratieve complexiteit vrij snel een evaluatie in het vooruitzicht stelt. Die evaluatie moet voorafgaan aan de beslissing om al dan niet een ruimere informatiecampagne op te zetten.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van mevrouw Véronique Salvi aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de verplichting voor de logopedisten om hun dossiers te computeriseren" (nr. 325)

13.01 Véronique Salvi (cdH): Binnenkort zouden de logopedisten wettelijk verplicht worden duur computermateriaal aan te schaffen om het wettelijke aanwezigheidsregister van hun patiënten bij te houden. Is het RIZIV van plan om de logopedisten financiële steun te verlenen en zo ja, welke? Zal er met de vertegenwoordigers van het vak in de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen over de keuze van de te gebruiken software onderhandeld worden of zal die door de overheid opgelegd worden?

13.02 Minister Didier Donfut (*Frans*): De verplichting om een register van prestaties bij te houden werd afgeschaft, zowel voor de logopedisten als voor de verpleegkundigen en de kinesisten. Het koninklijk besluit van 10 november 2006 bepaalt dat de volgende gegevens bewaard moeten worden: de datum waarop de verstrekkingen worden uitgevoerd, naam en voornaam van de begunstigten en de aard van de verstrekkingen. Dat koninklijk besluit werd gewijzigd teneinde de Koning te machtigen de datum van inwerkingtreding te bepalen. Deze datum is nog niet bepaald.

Wat de financiële tegemoetkoming voor de aanwending van computermateriaal betreft, werden de nieuwe behoeften door de overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen bij het RIZIV vastgesteld op 3.239.200 euro. Dat budget wordt voor de vaststelling van de begroting 2008 evenwel niet als een prioritaire en dringende maatregel beschouwd met het oog op de continuïteit van het gezondheidszorgbeleid en de tariefzekerheid van de patiënten.

13.03 Véronique Salvi (cdH): De verplichting werd inderdaad opgeheven wat het bijhouden van een papieren register betreft. Maar wat het opslaan op elektronische gegevensdragers betreft, moeten er, zoals u bevestigde, een hele reeks gegevens worden bewaard. Er rijst dus een budgettair probleem. Zal er in dat opzicht met die beroepen rekening worden gehouden?

13.04 Minister **Didier Donfut** (Frans): Er is nog niets van kracht. Er wordt nagedacht over een systeem, misschien via premies.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 11.58 uur.

La réunion publique est ouverte à 10 h 19 par Mme Muriel Gerken, présidente.

01 Questions jointes de

- **M. Jean-Luc Crucke** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le Plan national d'action Environnement et Santé (NEHAP)" (n° 111)
- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le site fédéral d'information du public sur l'utilisation des téléphones mobiles" (n° 123)

01.01 Jean-Luc Crucke (MR) : Alors que le gouvernement flamand vient de publier à 700.000 exemplaires une brochure sensibilisant les usagers des GSM aux risques encourus et aux mesures de précaution qu'il convient de prendre en l'absence de certitude scientifique, je souhaiterais faire le point avec vous sur le Plan national d'action Environnement et Santé (NEHAP), qui étudie actuellement le problème des rayonnements ionisants.

Les normes en la matière doivent-elles être modifiées ?

Comment entendez-vous communiquer les conclusions du NEHAP ?

Prévoyez-vous de publier une brochure évoquant les risques encourus, principalement à l'égard des plus jeunes, qui sont les plus vulnérables ?

01.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Le récent rapport « BioInitiative » fait la synthèse de quelque deux mille études consacrées à l'impact sanitaire des champs électromagnétiques sur l'homme.

Ses conclusions, alarmantes, évoquent des risques de cancers, de problèmes nerveux, de troubles du sommeil, de modification de l'ADN, etc. De nouvelles limites d'exposition sont recommandées.

L'Agence environnementale européenne recommandait mi-septembre aux vingt-sept États membres de prendre des mesures pour mieux protéger le public.

Même en affaires courantes, un gouvernement doit pouvoir lancer un message de sensibilisation, principalement aux personnes les plus vulnérables.

Je suis choquée par le contenu du site www.infogsm.be, mis en place par vos services – apparemment en collaboration avec Proximus ! – qui, contrairement aux découvertes scientifiques, affirme que toutes les études sérieuses confirment que le champ électromagnétique émis par un téléphone mobile est sans danger pour la santé.

Pourquoi une telle négligence par rapport au principe de précaution, ce qui contraste avec la très bonne couverture médiatique du rapport, avec les recommandations de l'Agence européenne de l'environnement et

avec l'attitude plus prudente du côté flamand ou du côté du gouvernement allemand ?

01.03 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Pour rectifier : on parle des rayonnements non ionisants, pas uniquement des GSM.

En tant que ministre fédéral compétent pour la santé publique, je vous affirme qu'il n'y a aucune preuve de la nocivité des GSM dans l'état actuel de la science. Ceci ne signifie pas qu'aucun risque n'y est lié : l'organe consultatif du Conseil supérieur de la santé a conseillé à chacun un usage modéré du GSM. Mon administration prépare une brochure à ce sujet dans les trois langues du pays.

Les appareils, étant des produits commercialisés, doivent répondre aux normes, qui relèvent de l'Union européenne et non des différents États membres. S'il y a d'importants motifs pour revoir les normes des téléphones portables ou pour instaurer des restrictions d'utilisation, la question devra être discutée avec le futur ministre compétent pour les télécommunications et son collègue en charge de la santé des consommateurs.

La cellule NEHAP, où sont représentées les Régions, les Communautés et l'autorité fédérale, est un forum intéressant mais inapproprié dans le cas présent. Elle n'est pas chargée pour l'instant de missions relatives aux normes en matière de rayonnements non ionisants.

Le rapport du groupe Bio-initiative m'est bien connu. Mais c'est le comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux de la Commission européenne qui est compétent en matière de risques pour la santé des champs électromagnétiques. Or, en mars 2007, ce comité scientifique a présenté un bilan rassurant en ce qui concerne les ondes radio. Les normes européennes actuelles ne sont pas remises en question. On peut dès lors supposer que la norme belge qui est quatre fois plus stricte est suffisamment sûre.

Le site www.infogsm.be n'a pas pour but de suivre l'actualité dans tous ses détails mais de réfléchir aux tendances globales des développements des résultats scientifiques.

01.04 Jean-Luc Crucke (MR) : Un certain nombre d'indications scientifiques sont alarmantes par rapport au principe de précaution, notamment pour les moins de seize ans. Par ailleurs, vous semblez en désaccord avec la ministre Fonck sur la compétence du NEHAP.

Enfin, vous avez raison de souligner que nous sommes en période d'affaires courantes. Mais cela crée des difficultés.

01.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Je suis assez choquée par la légèreté avec laquelle on considère qu'il n'y a pas de preuve et qu'en conséquence, il n'y a pas de problème. Vu qu'il y a un faisceau de convergences scientifiques qui attestent de plus en plus d'un risque, il me semble qu'un message de précaution est absolument urgent. Je conçois qu'un gouvernement en affaires courantes ne puisse changer la norme mais j'espère bien qu'ensuite elle sera modifiée. En attendant, un message clair venant des autorités politiques doit être donné.

01.06 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Comme je l'ai dit, la norme à appliquer en Belgique est quatre fois plus contraignante que la norme européenne. Cela prouve à quel point, au-delà d'une incertitude sur l'aspect scientifique, la Belgique applique le principe de précaution. Il appartiendra à un prochain gouvernement de réfléchir avec le Parlement et les différents niveaux de pouvoir s'il convient d'aller plus loin en la matière.

La présidente : Je crains que les intervenants demeurent insatisfaits. En rapport avec votre réponse, le contenu du site internet pourrait également être relativisé. Je me permets d'ajouter que notre commission consacra le 27 novembre prochain une demi-journée à l'état des lieux du plan NEHAP dans ses actions et les missions qui lui ont été confiées de 2003 à 2008.

01.07 Jean-Luc Crucke (MR) : J'honorerai cette invitation, Madame la Présidente.

L'incident est clos.

02 Question de M. Jean-Luc Crucke au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les risques accrus de développer de l'asthme par l'utilisation d'aérosols ménagers" (n° 147)

02.01 Jean-Luc Crucke (MR) : Selon la revue médicale *Artsenkan*, l'usage fréquent des aérosols ménagers a une conséquence dramatique sur l'augmentation de l'asthme. S'il apparaît en fonction des connaissances scientifiques que nous avons qu'il y existe vraiment un problème de cet ordre, quelles mesures préconisez-vous et quels délais prévoyez-vous pour les faire appliquer ?

02.02 Didier Donfut, ministre (en français) : J'ai demandé à l'Institut scientifique de santé publique (ISP) d'analyser les résultats de cette étude, de me faire part de ses observations et d'envisager d'après ce travail préliminaire les possibilités d'action contre les pollutions de l'habitat.

L'incident est clos.

03 Question de M. Jean-Luc Crucke au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les maladies orphelines" (n° 185)

03.01 Jean-Luc Crucke (MR) : Quelle est la situation actuelle en Belgique en matière de maladies orphelines ? Quel est l'accompagnement mis en place ? L'Agence européenne du médicament a émis un certain nombre de lignes de conduite, de recommandations quant au coût de l'enregistrement et à sa limitation. Ces recommandations et les aides financières préconisées sont-elles respectées dans notre pays ? Pouvez-vous me confirmer qu'il existe bien en la matière une approche globale du problème et non une approche liée à l'un ou l'autre souci plus scientifique de la communauté universitaire ?

03.02 Didier Donfut, ministre (en français) : Une prise en charge spécialisée pour certaines maladies par des centres de référence dans le cadre d'une convention de rééducation avec l'INAMI et la possibilité d'intervention du Fonds spécial de solidarité de l'INAMI permettent d'assurer le traitement de ces maladies. Il faut ajouter que le comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques et des pathologies spécifiques de l'INAMI émet des avis sur la prise en charge de ces pathologies et soutient des projets innovants en matière de soins à prodiguer aux patients.

En ce qui concerne le soutien à la recherche, l'INAMI a chargé l'ISP, en collaboration avec les centres de référence, d'assurer certaines études en la matière.

Pour ce qui est du règlement européen des médicaments orphelins, il a été décidé en 2004 de permettre la mise en place, pour ce type de médicaments, de collèges de médecins qui aident le médecin-conseil dans sa prise de décision concernant l'octroi du remboursement d'un tel produit à son affilié.

En 2006, 260 produits ont été désignés comme médicaments orphelins en Europe et 22 d'entre eux ont été enregistrés en tant que tels. En Belgique, 11 médicaments orphelins ont été remboursés et 9 d'entre eux se sont vu instaurer un collège de médecins. Aucune étude n'a été réalisée pour définir la part du budget de l'INAMI consacrée aux maladies orphelines. Méthodologiquement, il apparaît difficile de s'entendre sur une qualification globale des maladies orphelines. L'approche par pathologie permet vraisemblablement seule d'aboutir à des résultats probants.

Il faut noter que des moyens complémentaires sont également prévus : allocations familiales majorées, allocations pour personnes handicapées, allocations forfaitaires pour maladies chroniques, maximum à facturer et remboursement majoré des soins de santé.

Le problème fait l'objet d'une approche globale qui combine des outils d'action ciblés sur telle ou telle pathologie et un socle commun propre à toutes les maladies chroniques. Je ne suis pas opposé à l'idée de la mise en place d'un plan national mais je pense qu'il faudrait d'abord en mesurer la valeur ajoutée. L'essentiel

pour moi est de continuer à garantir une prise en charge financière optimale de ces pathologies. Cela nécessite le maintien d'une norme de croissance suffisante pour les soins de santé. Je suis persuadé que le prochain gouvernement gardera la norme des 4,5%.

L'incident est clos.

04 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "l'influence des colorants sur l'hyperactivité infantile" (n° 212)

04.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Selon une étude britannique, la consommation de colorants jaunes et rouges en combinaison avec le benzoate de sodium, utilisé comme conservateur, induirait des problèmes de concentration, des difficultés de lecture et un comportement compulsif.

L'Agence pour la sécurité de la chaîne alimentaire a-t-elle vérifié l'effet de tels additifs sur la santé publique ? Le fera-t-elle à la suite de cette étude ? Une concertation sera-t-elle organisée avec les producteurs du secteur alimentaire en vue d'interdire l'usage de tels colorants dans les denrées alimentaires et les friandises ?

04.02 Didier Donfut, ministre (*en néerlandais*) : La réglementation des additifs ne relève pas de la compétence de l'Agence alimentaire mais de la direction générale Animaux, Végétaux et Alimentation du SPF Santé publique. Il appartient aux producteurs et aux importateurs de colorants de constituer un dossier de toxicité complet. Les pouvoirs publics évaluent et décident.

L'étude britannique n'est pas parvenue à identifier les additifs responsables en raison de l'utilisation de mélanges et d'agents conservateurs. Elle constitue toutefois une indication que des études supplémentaires sont nécessaires. La *European Food Safety Authority*, l'organe consultatif scientifique européen qui constitue la base de la législation européenne, examine actuellement l'étude britannique.

(*En français*) Il ne sera possible de conseiller les firmes qu'une fois connus les résultats de la réévaluation de la toxicité des colorants, qui est en cours, et de celle des additifs et conservateurs, qui suivra.

Ler SPF Santé publique veille toutefois à ce que toutes les mesures de sécurité soient prises, à preuve, par exemple, le retrait immédiat du colorant E-128 après avis négatif de l'EFSA, le 5 juillet dernier.

04.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Il faut attendre les résultats de l'EFSA. S'ils confirment le problème, j'espère qu'on en tirera rapidement les conclusions appropriées.

L'incident est clos.

05 Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "des musulmans empêchant des médecins d'exercer correctement leur devoir d'aide médicale" (n° 226)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Les hôpitaux signalent des incidents où des musulmans refusent que leur épouse soit soignée par des gynécologues et des anesthésistes masculins. L'association professionnelle des anesthésistes a même déposé une plainte et insiste pour que les autorités édictent des règles claires.

Le ministre est-il informé de cette situation ? S'est-il déjà concerté avec les associations professionnelles et les anesthésistes à ce sujet ? Quelle est la position politique du ministre dans ce dossier ?

05.02 Didier Donfut, ministre (*en néerlandais*) : J'ai été informé d'un incident à l'occasion duquel le mari d'une patiente a refusé qu'un anesthésiste de sexe masculin pose un acte médical lorsqu'il a fallu pratiquer d'urgence une césarienne sur la patiente. Ces situations posent des problèmes, principalement aux services de garde.

En ma qualité de ministre d'un gouvernement démissionnaire, j'ai signalé le problème au SPF Santé publique. Le service compétent vérifiera si la législation existante relative à l'entrave à l'exercice de la médecine par voies de fait ou par violences permet de résoudre de telles situations. Je considère qu'il faut avant tout informer et sensibiliser les patients, plutôt que d'adapter précipitamment la loi.

05.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : L'enquête se poursuit, mais je me demande s'il y a bien eu une concertation avec les associations professionnelles. Étant chargé des affaires courantes, le ministre ne veut pas produire un travail législatif dans la précipitation, ce qui se comprend aisément. Cependant, un débat de société doit être mené sur la possibilité, pour les médecins, d'exercer leur profession dans des conditions normales. Ce débat peut éventuellement déboucher sur des initiatives législatives.

L'incident est clos.

05.04 La présidente : La question n° 229 de M. Josy Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur les soins d'urgence transfrontaliers, est reportée.

06 Question de Mme Rita De Bont au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "les décès et la consommation de médicaments en psychiatrie" (n° 231)

06.01 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Des statistiques publiées par le *Sarah-beweging* indiquent qu'en Belgique, le nombre d'hospitalisations psychiatriques est cinq fois supérieur à la moyenne européenne. On relève également dans notre pays le double de prescriptions de médicaments psychiatriques ainsi que le double de suicides par rapport aux pays voisins comparables. En deux ans, le nombre de morts naturelles dans les établissements psychiatriques a augmenté de 45 %. En outre, la cause d'un grand nombre de décès demeure inconnue.

Le ministre peut-il confirmer ces données ? Quelle est la cause de ces chiffres préoccupants ? A-t-on déjà pris des mesures concrètes durant la législature écoulée ?

06.02 Didier Donfut, ministre (*en néerlandais*) : Ces chiffres sont inexacts. Ils ont été cités par un administrateur-délégué des Frères de la Charité et, vérification faite, ils se rapportent à 1998 et non à 2004. De 1998 à 2003, une baisse significative du nombre de décès de patients psychiatriques a été observée. Cette tendance à la baisse se poursuit.

(*En français*) Faute de données précises au niveau européen, je ne peux confirmer les chiffres de la consommation d'antidépresseurs. Pour les données belges, je vous renvoie à l'enquête santé de 2004.

Les données épidémiologiques et statistiques en matière de suicide sont également très difficiles à collecter. Les initiatives lancées par mon prédécesseur dans ce domaine devront être concrétisées par mon successeur.

06.03 Rita De Bont (Vlaams Belang) : La première partie de la réponse m'incite à l'optimisme même s'il importe de rester attentif à notre santé mentale. Les chiffres indiquent que nous consommons trop de médicaments. J'admets que cette consommation est plus importante en Flandre qu'en Wallonie. Il va falloir examiner attentivement cet aspect.

L'incident est clos.

07 Questions jointes de

- M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la loi sur les erreurs médicales" (n° 238)

- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "l'entrée en vigueur de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé" (n° 248)

- Mme Sonja Becq au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "la mise en œuvre de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé" (n° 303)

07.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : En vue de l'entrée en vigueur de la loi relative à l'indemnisation des victimes d'erreur médicale le 1^{er} janvier 2008, des arrêtés d'application et un budget doivent être adoptés. Or, ils ne peuvent l'être pendant les affaires courantes. Le 1^{er} janvier, le volet « indemnisation » ne pourra donc pas être mis en œuvre et, plus grave, l'immunité civile des médecins sera acquise. Il convient dès lors de postposer l'entrée en vigueur de cette loi.

Par ailleurs, la presse rapporte qu'un membre de notre Assemblée, administratrice du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, aurait empêché la publication d'une étude relative au coût d'application de cette loi. D'où la crainte que l'intéressée et son parti ne souhaitent revenir sur le compromis négocié sous la précédente législature.

Êtes-vous conscient des difficultés que représenterait l'entrée en vigueur de la loi sans ses arrêtés d'application ? Entre-t-il dans vos intentions de la différer ? Existe-t-il des avant-projets des arrêtés d'application ? Ont-ils été discutés au sein du gouvernement ? Pourquoi n'ont-ils pas été approuvés avant les affaires courantes ? Ces textes peuvent-ils nous être transmis ? Quel montage budgétaire doit permettre le financement de cette loi ? Quels seraient les moyens annuels nécessaires ? Avez-vous connaissance de l'étude que j'ai mentionnée ? Pouvez-vous nous en présenter les conclusions ? Quelles sont les raisons pour lesquelles cette étude n'a pas été publiée ?

07.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé a été adoptée à la fin de la précédente législature. La longueur des négociations pour la formation d'un gouvernement entraîne une série d'obstacles pratiques à l'entrée en vigueur de cette loi, par exemple en matière de financement du fonds créé par cette loi.

Les membres de notre commission ont reçu du Collège Intermutualiste National un courrier leur demandant de prendre une initiative permettant l'entrée en vigueur de la loi au 1^{er} janvier 2008.

Quelle est la position du ministre concernant la date d'entrée en vigueur de la loi ? Quels arrêtés royaux sont déjà en préparation ? À quelles difficultés précises se heurte l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier ?

07.03 Sonja Becq (CD&V - N-VA) : Le Collège intermutualiste national notamment est inquiet en ce qui concerne la loi relative à l'indemnisation des accidents thérapeutiques étant donné qu'aucun arrêté d'exécution n'a encore été pris à ce jour.

Nous adhérons entièrement au principe de l'assurance sans faute mais quelques questions très concrètes se posent encore en ce qui concerne son exécution. Les patients s'attendent à présent à ce que les dommages dus à des erreurs médicales soient indemnisés à partir du 1^{er} janvier 2008. Cette loi a été votée dans la précipitation par le Parlement. Les travaux préparatoires auraient dû être beaucoup plus approfondis.

Qu'en est-il de la rédaction des arrêtés d'exécution ? Des études supplémentaires ont-elles été réalisées, entre autres en ce qui concerne le mode de calcul du dédommagement et la clé de répartition pour le Fonds ?

Quelles seront les répercussions juridiques si la loi n'entre pas en vigueur au 1^{er} janvier ? La responsabilité des pouvoirs publics pourra-t-elle être mise en cause ?

07.04 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Ces questions très intéressantes préoccupent toutes les formations politiques.

(*En néerlandais*) La dissolution des Chambres étant intervenue très rapidement après l'adoption de cette loi, mon prédécesseur n'a pas eu le temps de préparer les arrêtés royaux. Aucun avant-projet n'a été rédigé et cette question n'a fait l'objet d'aucune concertation au sein du Conseil des ministres. Nul ne pouvait

évidemment prévoir que la période d'affaires courantes dépasserait les six mois.

(En français) Le gouvernement soumettra les dispositions nécessaires en vue de postposer l'entrée en vigueur de cette loi. Mes services veilleront à ce que les arrêtés royaux puissent être soumis au Conseil des ministres dès que possible.

Le Centre d'expertise des soins de santé a effectivement réalisé une étude sur l'indemnisation des aléas thérapeutiques. La loi prévoit que le système proposé sera financé par une dotation de l'État, une intervention de l'INAMI et les primes d'assurance des prestataires. Le coût du système devrait avoisiner les 25 millions d'euros la première année et passer à quelque 90 millions d'euros après cinq ans environ.

Le Centre d'expertise a également étudié la répartition de la charge d'indemnisation entre les entreprises d'assurances et le fonds pour l'indemnisation des aléas thérapeutiques. Il propose une clef de répartition de 49,7 % pour les assureurs et 50,3 % pour le fonds durant le premier exercice, à adapter si la fréquence et le coût des indemnisations s'écartaient des prévisions.

L'étude en question a été présentée au Conseil d'administration du Centre d'expertise le 16 octobre et devrait être validée en décembre. Le calcul de l'impact des infections hospitalières est difficile. Les recommandations de politique en la matière doivent être précisées.

07.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : L'adoption d'une loi juste avant les élections sans que ses arrêtés d'application aient été préparés ne me paraît pas un exemple de bonne gestion. J'espère qu'il sera possible de reprendre ce travail au plus tôt. Dans l'intervalle, nous n'aurons d'autre solution que de voter le report de la mise en application de cette loi.

07.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Voilà une réponse stupéfiante. Le ministre Demotte connaissait la date des élections comme tout le monde. En tant que parti d'opposition, nous avons toujours collaboré de manière constructive à l'élaboration de cette loi parce que nous accordons une grande importance au principe qui la sous-tend. À présent, nous avons toutefois le sentiment que le ministre cherchait à faire un score électoral sur le dos des patients. Par ailleurs, je suis surpris qu'aucun arrêté d'exécution n'ait encore été pris.

Ces problèmes techniques nous contraindront à adopter la loi-programme du gouvernement en affaires courantes, qui prévoit le report de l'entrée en vigueur. Il est honteux de procéder de la sorte, d'autant que les avis étaient unanimes quant au principe de la responsabilité sans faute.

07.07 Sonja Becq (CD&V - N-VA) : Nous déplorons également cette réponse. Le 23 mars 2007, le gouvernement savait que des élections se tiendraient le 10 juin. Tous les partis ont collaboré de manière constructive lors des discussions en commission. Je suis dès lors très surprise qu'aucun arrêté d'exécution n'ait encore été préparé.

Je n'ai aucune objection de principe à l'égard d'une loi-cadre, à la condition qu'elle ne se réduise pas à une coquille vide et qu'on jette ainsi de la poudre aux yeux.

Je continue à me demander quelles seraient les conséquences en l'absence d'un report de l'entrée en vigueur de la loi.

07.08 Didier Donfut, ministre *(en français)* : En période d'affaires courantes, je pense qu'il n'appartient pas à un ministre de polémiquer avec le Parlement. Ce problème était connu et le gouvernement sortant a pu proposer une loi au Parlement.

Dans le travail démocratique, il est normal qu'on fasse d'abord passer la loi pour ensuite mettre en chantier

les arrêtés d'application. Mon prédécesseur n'a pas eu le temps de les mettre en place en raison des élections. Le problème n'est pas qu'on ait voté la loi avant les élections mais que la période actuelle, sans nouveau gouvernement, est assez longue.

Je souhaite que nous puissions mettre en place rapidement cette réforme.

07.09 La présidente : Si nous avons travaillé directement sur les propositions de loi déposées par plusieurs groupes, en 2003 et en 2004, nous aurions gagné du temps. Les rapports entre Parlement et gouvernement sont parfois un peu difficiles.

Nous attendrons donc ce projet de loi-programme.

L'incident est clos.

08 Question de M. Jean-Luc Crucke au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les mesures prises suite à la réapparition de la rage dans notre pays" (n° 250)

08.01 Jean-Luc Crucke (MR): Alors qu'on la croyait disparue de notre pays, un cas de rage de chien a été constaté à Beersel.

Quelles dispositions ont-elles été prises ?

Est-ce bien l'importation illégale d'un chiot en provenance du Maroc qui est à l'origine de ce cas ?

La réaction de l'AFSCA a-t-elle été suffisante ?

08.02 Didier Donfut, ministre (en français) : Actuellement, c'est bien un cas de rage isolé qui a été détecté. Les communes concernées ont mis en place différentes mesures : la vaccination antirabique est conseillée, les chiens sont tenus en laisse et les chats à l'intérieur, des panneaux d'avertissement sont placés et une enquête approfondie est effectuée.

Ces mesures sont coordonnées entre les autorités impliquées : l'AFSCA, l'institut Pasteur, les autorités communales, l'institut Santé publique, le SPF Santé publique et l'agence flamande « Zorg en Gezondheid ».

Le cas de rage a bien pour origine l'importation illégale d'un chiot en provenance du Maroc. À ce jour, l'enquête a identifié trente-deux personnes ayant eu des contacts potentiellement à risque et dix-huit propriétaires d'animaux à risque se sont fait connaître.

Les mesures seront maintenues pendant six mois, période d'incubation de la rage.

L'incident est clos.

09 Question de M. Jean-Marc Delizée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la prise en charge du transport urgent médicalisé" (n° 264)

09.01 Jean-Marc Delizée (PS) : Le 6 août 2007, à la suite d'un accident, quatre enfants ont été grièvement brûlés et sauvés par les services de secours dont trois hélicoptères.

Le transport urgent médicalisé n'étant pas pris en charge par l'assurance obligatoire, son coût pose question.

Qui décide de sa coordination ? Quelle est l'autorité responsable ? L'armée belge joue-t-elle un rôle ? Un recours est-il possible pour contester une facturation ?

Le transport urgent spécialisé, notamment par hélicoptère, coûte très cher. Les familles qui doivent y faire face éprouvent des difficultés financières considérables. Ce type de risque ne semble pas être couvert par les organismes assureurs. A-t-on étudié les coûts d'une éventuelle mutualisation des risques ?

Existe-t-il une convention avec l'Allemagne ? Avec le Grand-Duché de Luxembourg ?
Quelles pistes proposez-vous ?

09.02 **Didier Donfut**, ministre (*en français*) : D'après la loi de 1964, c'est le préposé du système d'appel unifié qui peut requérir un médecin et décider du déplacement de celui-ci par hélicoptère. L'hélicoptère n'est pas repris, comme tel, comme moyen d'aide médicale urgente dans la loi.

Dans le cas de Matagne-la-Grande, le transport devant se faire rapidement vers l'hôpital le plus approprié et sans les heurts d'un transport routier, le centre d'appel unifié de Mons a requis un transport médicalisé hélicoptéré.

Deux hélicoptères font l'objet d'une convention avec le SPF Santé publique, outre le Sea King de Coxyde. Si ceux-ci sont occupés et que la situation est urgente, le préposé peut requérir un médecin — indépendamment de sa nationalité — et faire appel à un système partenaire.

Dans le cas évoqué, l'hélicoptage vers le Burn Center a été validé par le médecin et exécuté par le centre du système d'appel unifié de Mons.

À part le Sea King, l'armée belge n'a pas de structure permanente permettant un transport médicalisé par hélicoptère.

La discipline médicale est sous la responsabilité du ministre de la Santé publique, tant dans l'urgence individuelle que dans l'urgence collective.

Le tarif applicable à tous les transports via appel au numéro 100 est fixé par l'arrêté royal du 7 avril 1995. Ce tarif ne correspond pas du tout au coût réel de l'hélicoptère. Il reste un vide juridique quant à savoir à qui adresser la facture réelle de l'hélicoptère.

Mon administration prévoit de livrer, pour janvier 2008, un projet de mutualisation partielle des coûts, mais celui-ci nécessitera d'abord de nombreuses discussions et une adaptation de la loi.

09.03 **Jean-Marc Delizée** (PS) : Nous avons à combler le vide juridique que vous évoquez. Je reviendrai sur ces questions dans le courant de la législature, lorsque nous aurons un gouvernement.

L'incident est clos.

10 **Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les problèmes relatifs au service 100 à Messines" (n° 69)**

10.01 **Sabien Lahaye-Battheu** (Open Vld) : Le service 100 de la commune de Messines est assuré par les services de secours de Ploegsteert. Cette situation pose des problèmes depuis un certain temps déjà étant donné que les ambulanciers francophones ne parlent que le français et que la communication avec les victimes néerlandophones est dès lors très difficile. Le bourgmestre de Messines a déjà signalé ce problème à plusieurs reprises, tant au gouverneur de la province de Flandre occidentale qu'au ministre fédéral compétent. Il n'a reçu aucune réponse à ce jour.

Le bourgmestre donne la préférence à une desserte de sa commune par l'ambulance de Nieuwkerke. Cette commune se situe à la même distance que Ploegsteert mais dispose d'un personnel bilingue.

Quelle attitude le ministre adopte-t-il devant ce problème ? Que pense-t-il de la proposition du bourgmestre de Messines ? Compte-t-il donner suite à cette suggestion ?

10.02 **Didier Donfut**, ministre (*en néerlandais*) : Mon administration est informée de ce problème qui est

traité par les inspections fédérales de la Santé. En vertu de l'arrêté royal du 10 août 1988, le fonctionnement de l'aide médicale urgente est régi par la commission provinciale compétente pour l'aide médicale urgente. Le gouverneur de la province n'est donc pas compétent en la matière. S'adresser au ministre de la Santé publique, c'est exclure toute chance de concertation locale.

Le 10 août 2007, le directeur général du SPF Santé publique s'est rendu dans le Heuvelland pour se rendre compte de la situation. Le problème évoqué par Mme Lahaye était dû à la présence d'un dispatching intermédiaire au sein des services d'incendie de Mouscron-Ploegsteert, qui, sur l'initiative du corps concerné, n'ont pas respecté le principe du recours au service d'aide adéquat le plus proche lorsque aucune ambulance n'est disponible à Ploegsteert. L'inspection de la Santé a dans l'intervalle mis un terme à cette situation.

La loi ne prévoit pas la délimitation de secteurs fixes pour les services d'ambulance. Il faut néanmoins faire appel au service d'aide le plus proche : en effet, chaque seconde compte en cas d'intervention médicale urgente. La santé du patient prime les aptitudes linguistiques des ambulanciers.

(En français) Je vous renvoie également à la nouvelle organisation de la sécurité civile, qui vient d'adopter le même principe. Les mesures ont été prises à la programmation de l'outil de dispatching pour favoriser l'emploi des moyens linguistiquement adéquats lorsque le risque médical reste acceptable.

Toutes les mesures nécessaires ont été prises par notre administration dans l'intérêt des patients.

L'incident est clos.

11 Question de M. Michel Doomst au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le confinement des volailles" (n° 320)

11.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Dans les zones dites sensibles, c'est-à-dire les zones où beaucoup d'oiseaux vivent à l'état sauvage, les poules doivent toujours être confinées pour des raisons de sécurité. Cette mesure est évidemment défendable mais, étant donné qu'elle est en vigueur depuis plus d'un an, elle met en difficulté beaucoup d'exploitations. Les terrains pour l'élevage des poules en liberté restent inutilisés et le prix des œufs a beaucoup baissé.

Pendant combien de temps encore l'obligation de confinement restera-t-elle en vigueur ? Les exploitations pourront-elles compter sur l'une ou l'autre forme de compensations pour le manque à gagner qu'elles auront subi ?

11.02 Didier Donfut, ministre *(en néerlandais)* : L'octroi d'indemnités pour pertes économiques relève de la compétence des Régions. Par conséquent, il en va de même pour les pertes résultant de mesures préventives contre la grippe aviaire. M. Doomst doit donc s'adresser aux ministres régionaux compétents.

(En français) Au vu de la situation épidémiologique, il est peu probable que la stratégie de prévention soit modifiée à court terme.

L'application de mesures de biosécurité, telles que le confinement des volailles, est prévue par la réglementation européenne.

Lors de l'élaboration de la stratégie de prévention et de lutte contre l'influenza aviaire au printemps 2006, l'Agence avait signalé au secteur que les mesures préventives seraient probablement d'application à très long terme et qu'il était conseillé aux éleveurs situés dans les zones naturelles sensibles de prévoir le matériel et l'adaptation de leurs infrastructures nécessaires à un confinement permanent.

11.03 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Je présume qu'on informera le secteur car sur le terrain, des problèmes graves se posent. Quant à moi, je m'adresserai aussi au responsable régional.

L'incident est clos.

12 Question de M. Michel Doomst au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la diminution du ticket modérateur pour la première consultation chez le médecin spécialiste dans le courant de l'année calendrier" (n° 321)

12.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Depuis le 1^{er} février, le ticket modérateur a été réduit de 5 euros pour les patients qui consultent un spécialiste, à condition qu'ils aient été envoyés par leur médecin généraliste et qu'ils disposent d'un dossier médical global. Cette diminution du ticket modérateur pour 17 spécialités n'est valable que pour la première consultation de l'année civile et par spécialisation. Une spécialisation telle que l'orthopédie ne figure cependant pas sur la liste. Étant donné que de nombreux patients ignorent les restrictions de la liste, ils sont confrontés à des surcoûts considérables.

La liste sera-t-elle évaluée ? Sera-t-elle élargie à l'avenir ? Quels sont les critères pour faire figurer ou non une spécialité sur la liste ?

12.02 Didier Donfut, ministre (*en néerlandais*) : L'application du système d'échelonnement modéré est prévue par l'arrêté royal du 26 novembre 2006. Ce régime est entré en vigueur le 1^{er} février 2007. Lors de l'établissement de la liste, la priorité a été donnée aux spécialités assorties d'une importante activité de diagnostic. L'évaluation de la liste de spécialités pour lesquelles une réduction du ticket modérateur est accordée lors de la première consultation d'une année civile doit s'inscrire dans le cadre d'une évaluation plus large. Cette évaluation globale n'a cependant pas encore été réalisée. Les statistiques des organismes assureurs révèlent toutefois un faible taux d'application de ce système en raison de la complexité administrative qu'il engendre.

(*En français*) Je voudrais éviter de revenir trop rapidement sur le système d'échelonnement soft qui est en vigueur depuis quelques mois seulement. Il existe d'autres modes de collaboration prévus entre médecins spécialistes et généralistes qui peuvent contribuer à mieux structurer l'offre médicale, notamment via la réalisation du projet de trajet de soins.

12.03 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Je me réjouis que compte tenu de la complexité administrative, on ait planifié une évaluation à bref délai. Il devra y être procédé préalablement à la décision de lancer ou non une campagne d'information.

L'incident est clos.

13 Question de Mme Véronique Salvi au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "l'obligation des logopèdes à s'informatiser" (n° 325)

13.01 Véronique Salvi (cdH) : Les logopèdes devraient sous peu être légalement obligés de s'équiper d'un matériel informatique coûteux dans le but de tenir leur registre légal des présences de leurs patients. Quelles sont les intentions de l'INAMI quant à l'aide financière qui leur serait apportée ? Le choix du software à utiliser sera-t-il négocié avec les représentants de la profession en logomut ou sera-t-il imposé par l'autorité ?

13.02 Didier Donfut, ministre (*en français*) : L'obligation de tenir un registre de prestations a été abrogée tant pour les logopèdes que pour les praticiens de l'art infirmier et les kinésithérapeutes. L'arrêté royal du 10 novembre 2006 a précisé que les données à conserver concernent les dates auxquelles les prestations sont effectuées, les nom et prénom des bénéficiaires et la nature des prestations dispensées. Cet arrêté royal a été amendé afin de conférer au Roi le pouvoir d'en fixer la date d'entrée en vigueur. Celle-ci n'a pas encore été déterminée.

En ce qui concerne les interventions financières pour l'utilisation de matériel informatique, la commission de convention entre logopèdes et organismes assureurs siégeant au sein de l'INAMI a fixé à 3 239 200 euros les besoins nouveaux. Ce budget n'a cependant pas été considéré comme mesure prioritaire et urgente pour assurer la continuité de la politique des soins de santé et la sécurité tarifaire des patients en vue de la fixation du budget 2008.

13.03 Véronique Salvi (cdH) : L'obligation a effectivement été abrogée au niveau de la tenue sur papier.

Mais au niveau de la sauvegarde informatique, comme vous l'avez confirmé, il faut conserver toute une série de données. Il y a dès lors un problème de budget. Ces professions seront-elles prises en compte à cet égard ?

13.04 **Didier Donfut**, ministre (*en français*) : Rien n'est encore d'application. Par ailleurs, on réfléchit à un système, peut-être via des primes.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 11 h 58.