

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 12 FEBRUARI 2008

MARDI 12 FÉVRIER 2008

Avond

Soir

De vergadering wordt geopend om 14.24 uur door mevrouw Muriel Gerken, voorzitter.

01 Vraag van mevrouw Florence Reuter aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het shoppen voor geneesmiddelen in het buitenland" (nr. 1660)

01.01 Florence Reuter (MR): Een verontrustend fenomeen werd onder mijn aandacht gebracht. Tal van Belgen kopen hun geneesmiddelen in Nederland, waar ze beter worden terugbetaald. De Nederlandse verzekeraar recupereert vervolgens zijn kosten bij het Riziv, dat uiteindelijk de rekening van die schamteloze patiënten betaalt.

Bent u op de hoogte van die praktijk? Werd die fraude reeds becijferd? Zo ja, hoeveel bedraagt ze? Zo neen, bent u dat van plan? Welke middelen zullen worden ingezet om dergelijke misbruiken tegen te gaan?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Dit fenomeen bestaat inderdaad, maar we kunnen de omvang van de fraude niet inschatten doordat we geen relevante gegevens kunnen verzamelen over het bedrag dat de Belgische verplichte ziekteverzekering aan Nederland moet terugbetalen voor geneesmiddelen die ginds aan Belgische verzekerden worden uitgereikt. Er is inderdaad sprake van fraude; de Europese ziekteverzekeringskaart wordt immers oneigenlijk gebruikt. Het Riziv heeft de Nederlandse overheid van deze situatie op de hoogte gebracht en onderzoekt de maatregelen die kunnen worden genomen om een correct gebruik van die kaart door de Belgische verzekerden te waarborgen.

01.03 Florence Reuter (MR): We zullen dus op dit probleem terugkomen. Ik veronderstel dat het Riziv kan nagaan hoeveel het aan Nederland terugbetaalt?

01.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Daar wordt momenteel aan gewerkt.

Het incident is gesloten.

01.05 De voorzitter: De vraag nr. 1685 van de heer Bellot wordt omgezet in een schriftelijke vraag. De vraag nr. 1731 van mevrouw Galant wordt uitgesteld. Wat de samengevoegde vragen nr. 1744 van de heer Doomst en nr. 1810 van mevrouw Becq betreft, heeft de heer Doomst zijn vraag ingetrokken.

02 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het kankerplan" (nr. 1810)

02.01 Sonja Becq (CD&V - N-VA): De minister heeft een nieuw kankerplan aangekondigd.

Wat zijn de krachtlijnen van dit plan? Hoeveel geld werd er vrijgemaakt om het plan uit te voeren? Wordt er samengewerkt met de Gemeenschappen? Wie zijn de partners bij de uitvoering van dit plan?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Het nationaal kankerplan is één van de tien prioriteiten van de regering. We moeten alleen nog beslissen wanneer we welk initiatief nemen. Enkele cijfers: elk jaar worden er in België 55.000 nieuwe kankergevallen vastgesteld, waarvan 200 bij kinderen. Het sterftecijfer in ons land ligt hoger dan het gemiddelde en volgens de WHO neemt het aantal kankergevallen wereldwijd toe. Er moet dus dringend worden ingegrepen. Andere landen beschikken over meerjarenplannen. In maart zullen we prioriteiten en een werkplanning vastleggen. Daarbij is voor de Gemeenschappen een belangrijke rol weggelegd; naar verluidt kan 40 procent van de kankergevallen worden voorkomen door gepaste preventieve maatregelen. Samen met de Gemeenschappen hebben we reeds rondetafelgesprekken georganiseerd, telkens op maandag, en we zullen dat blijven doen. Thema's die werden of zullen worden besproken: opsporing, onderzoek, zorgverlening en behandeling, en de evaluatie van de aanpak van kanker.

We willen zowel de Gemeenschappen en de Gewesten als de buurlanden, de beroepsbeoefenaars en de patiëntenverenigingen bij het kankerplan betrekken.

02.03 **De voorzitter** : Elke dinsdag kan u over een verslag en de voorbereidende documenten van de rondetafel van maandag beschikken.

02.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik wil erop wijzen dat de documenten die ter beschikking van de geachte leden worden gesteld informatie bevatten die niet door mij werd gevisieerd!

02.05 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Het is belangrijk een langetermijnstrategie uit te bouwen, ook voor andere chronische ziekten. De Gemeenschappen moeten inderdaad aan de rondetafelconferenties deelnemen. Over het budgettaire plaatje is blijkbaar nog niets bekend. Ik ben blij dat niet alleen de medische wereld, maar ook de patiënten en hun families worden betrokken. Nemen ook de ziekenfondsen deel?

02.06 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De vertegenwoordigers van het Inter mutualistisch College waren gisteren aanwezig.

Het incident is gesloten.

03 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de teraardebestelling van de behoeftigen in België" (nr. 1762)**

03.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Aangezien het niet om een federale materie gaat, trek ik mijn vraag met ontgoocheling in!

Het incident is gesloten.

04 **Samengevoegde vragen**

- van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorkomen van en hulpverlening bij cannabisverslaving" (nr. 1766)
- van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de analyse van het nieuwe vaccin tegen drugsverslaving" (nr. 1873)

04.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Ons land telt tal van cannabisgebruikers; soms zijn ze amper dertien of veertien jaar oud. Cannabisgebruik kan gepaard gaan met relationele, sociale, school- of werkproblemen.

Ingevolge een toename van het aantal behandelingsaanvragen buigen diensten medische psychiatrie en psychologie zich sinds enkele jaren over die problemen en het UVC Brugmann heeft een zogenaamde "cannabis consultatie" opgericht. Uit studies is gebleken dat correcte informatie een belangrijk preventief effect heeft.

Is het in dat kader niet wenselijk dat men de jeugd van het bestaan van die dienst en zijn contactgegevens op de hoogte brengt? Kan er geen nationale informatiecampaagne over die voorzieningen worden opgezet?

De pers maakt gewag van een nieuw vaccin tegen drugsverslaving dat werd ontwikkeld door Thomas

Kosten, professor in de psychiatrie en de neurowetenschappen aan het *Baylor College of Medicine* in Houston. Heeft uw departement of dat van een Europese ambtgenoot de diverse parameters van dat vaccin al onderzocht? Werd er een aanvraag tot erkenning in Europa ingediend?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Het gebruik van drugs en meer bepaald van cannabis mag niet worden gebanaliseerd. Mijn voorganger heeft er veel aandacht aan besteed en heeft sinds 2004 de INCANT-studie (*International Cannabis Need of Treatment*) aan het UVC Brugmann gefinancierd.

Preventie behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Toch is één miljoen euro toegewezen aan de vzw iDA (Informatie over Drugs en Alcohol) met het oog op het opzetten van een nationale voorlichtingscampagne over drugs en alcohol binnen het raam van een akkoord dat tussen de federale overheid en de Gemeenschappen is gesloten. Die campagne heeft tot doel op een factuele en aan de verschillende doelgroepen aangepaste wijze informatie te verstrekken over de aangeboden hulpkanalen en de beschikbare informatiebronnen zoals de telefoonlijnen die nu al door de Gemeenschappen en de Gewesten worden gefinancierd of de nieuwe voorzieningen die zullen worden uitgewerkt. Die op nationale schaal op touw gezette campagne is drietalig en omvat een publiek luik (televisiespots, posters, postkaarten, enz.) en een beroepsluik (didactisch materiaal en interactief platform).

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid heeft de Amerikaanse professor Thomas Kosten gecontacteerd. Volgens hem kan het vaccin tegen cocaïneverslaving over ongeveer drie jaar beschikbaar zijn in de Verenigde Staten en één jaar later in Europa.

Op middellange termijn kunnen er wellicht vaccins worden ontwikkeld tegen alle soorten drugs, zowel natuurlijke als synthetische, met uitzondering van alcohol. Zelfs een gecombineerd vaccin behoort tot de mogelijkheden.

Als alle informatie klopt en de vaccins doeltreffend zijn, biedt dat buitengewoon gunstige vooruitzichten voor de behandeling van drugsverslaafden. Preventiecampagnes tegen het gebruik van legale en illegale drugs blijven echter nuttig.

04.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Op korte termijn is preventie wellicht het meest doeltreffende instrument. Ik hoop dan ook dat de campagnes zullen worden bestendigd en dat er in de begroting van 2008 de nodige fondsen zullen worden voor uitgetrokken.

04.04 Minister **Laurette Onkelinx** : Het vaccin is nog niet op zijn doeltreffendheid en veiligheid getest door de Europese instanties bevoegd voor de goedkeuring en het in de handel brengen van geneesmiddelen.

04.05 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Ik stel mij ook vragen over de Europese middelen die aan dit type vaccin besteed worden.

Het incident is gesloten.

05 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de contingentering van de kinesisten" (nr. 1778)
- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de contingentering van de kinesisten" (nr. 1914)

05.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Sinds 1999 is het aantal nieuwe kinesitherapeuten dat door het Riziv terugbetaalde prestaties mag leveren, beperkt tot 270 Nederlandstaligen en 180 Franstaligen per jaar. Intussen werd al enkele keren een uitgangsexamen georganiseerd. Door de vergrijzing van de bevolking en de vervrouwelijking van het beroep begint men nu echter te vrezen voor een tekort aan kinesitherapeuten.

Werd het uitgangsexamen voor kinesitherapeuten al geëvalueerd? Is de minister bereid om de planningscommissie te vragen om de contingentering opnieuw te onderzoeken? De vorige minister van Volksgezondheid beloofde de niet opgenomen Riziv-nummers toe te kennen aan de volgende geselecteerden, maar kwam deze belofte niet na. Wat gebeurde met de vrije nummers?

05.02 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijn schriftelijke vraag 883 over de contingentering van de kinesitherapeuten die ik tijdens de vorige regeerperiode stelde, bleef onbeantwoord. Daarom diende ik deze vraag opnieuw in, nu zelfs in de vorm van een interpellatie.

Uit het rapport van de Leuvense professor Stappaerts blijkt dat er in Vlaanderen de komende jaren minder kinesitherapeuten zullen werken in een zelfstandige praktijk dan vandaag wordt voorzien in de contingentering. Er komen 270 kinesitherapeuten in aanmerking, terwijl er dit schooljaar waarschijnlijk slechts 126 een zelfstandige praktijk zullen beginnen. Volgend schooljaar zou het om slechts 92 personen gaan, het jaar daarop om 117.

Een studie van professor Pacolet in opdracht van de FOD Volksgezondheid toont aan dat de beoogde contingentering al bereikt was voordat de selectieproeven werden gehouden. De aangekondigde maatregelen hebben ontmoedigend gewerkt. Volgens de studie zal de werkelijke toetreding tot het beroep beneden de contingentering liggen, zelfs in die mate dat er tegen 2020 een tekort zal zijn.

Ook de beroepsverenigingen bekritiseren de contingentering, omdat het nu al een feit is dat kinesisten onvoldoende medewerkers met een Riziv-nummer vinden. Ook ziekenhuizen en rustoorden werven kinesisten zonder nummer.

Een bijkomend probleem is dat de toekenning van 207 nummers niet betekent dat er ook 207 kinesisten voltijds aan de slag gaan. Sommige nummers worden niet afgehaald, andere blijven ongebruikt en nog andere worden deeltijds gebruikt. De belofte van minister Demotte dat niet afgehaalde nummers aan de volgende kandidaten op de selectielijst zouden worden toegekend, werd niet nagekomen.

Hoe reageert de minister op deze studies? Is ze bereid de contingentering aan te passen aan deze nieuwe vaststellingen? Wanneer zal het kadaster van de gezondheidsberoepen gerealiseerd zijn?

Overweegt de minister een bijkomende behoeftestudie in de volgende twee decennia? Zal de minister de niet opgehaalde nummers aan de volgende geselecteerden toekennen? Wat met de nummers die twee jaar na de afhaling nog steeds niet gebruikt zijn? Zal de minister bij het vaststellen van de contingentering rekening houden met de mate waarin de kinesisten deeltijds werken?

De examens van de kinesisten zijn een gemeenschapsmaterie. De contingentering heeft ondertussen echter voor tragedies gezorgd en ik zou de minister met aandrang willen vragen ze aan te kaarten op de interministeriële conferentie.

05.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Er werden indertijd maatregelen genomen om iets te doen aan het overaanbod aan kinesisten. In dit verband dringen zich wijzigingen op. Daartoe zal binnen de Planningscommissie een subgroep 'kinesithérapie' worden opgericht. Daarnaast zal het kadaster van de gezondheidsberoepen de mogelijkheid bieden het werkelijke aantal arbeidskrachten in deze sector te bepalen. Bovendien zullen andere studies over de contingentering worden uitgevoerd, met het einde van het jaar als streefdatum.

De in het vooruitzicht gestelde wijzigingen moeten op objectieve vaststellingen berusten en door iedereen worden aanvaard. Wat de Gemeenschappen betreft, kan ik niet voor mijn collega's spreken.

05.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Ik ben blij dat er een concreet initiatief is. Een subcommissie binnen de plancommissie zal zich met de kinesithérapie bezighouden. Er is ook een timing. Alleen kreeg ik geen antwoord op de vraag wat er zal gebeuren met de niet opgenomen Riziv-nummers.

05.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): De dertig niet-opgehaalde Riziv-nummers kunnen perfect worden toegekend binnen de huidige contingentering. De minister zou haar administratie moeten vragen om wat sneller te zijn. Het examen komt er weer aan en als het kadaster pas eind 2008 beschikbaar is, is er weer een lichte kinesisten die niet kan slagen binnen de aangepaste contingentering.

Ik ben blij dat de minister het probleem ziet. Ik wil er nog eens op aandringen dat ze het op de

interministeriële conferentie aankaat.

05.06 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik zal later op de kwestie van de dertig Riziv-nummers terugkomen en stel u voor te wachten tot het kadaster klaar is.

Het incident is gesloten.

06 **Vraag van de heer Flor Van Noppen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fusie van het Instituut Pasteur met het Departement Microbiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid" (nr. 1784)**

06.01 **Flor Van Noppen** (CD&V - N-VA): In 2003 fuseerde het 'Instituut Pasteur' met het departement Microbiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Duidelijke afspraken moesten de autonomie en de eigenheid van het Instituut garanderen. Nu blijkt die autonomie echter op de helling te staan.

Is de fusie al volledig afgerond? Op welke manier kan het Pasteur Instituut zijn autonomie en herkenbaarheid bewaren?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik heb de vertegenwoordigers van het 'Instituut Pasteur' ontmoet om ze gerust te stellen. Ik heb hen erop gewezen dat noch de naam 'Instituut Pasteur', noch de kwaliteit van hun onderzoek, noch hun integratie in het netwerk van de verschillende Pasteurinstututen ter discussie worden gesteld.

Ze vrezen ook voor de onafhankelijkheid van de onderzoekers. Ik heb hen een aanpassing van de samenstelling van de raad van het instituut voorgesteld. Ze waren geen voorstander van een integratie. Ik wil een wetenschappelijke raad oprichten die hun onafhankelijkheid moet toetsen en moet nagaan of de middelen die voor het onderzoek worden uitgetrokken niet worden verminderd.

06.03 **Flor Van Noppen** (CD&V - N-VA): Wanneer de naam 'Pasteur' verdwijnt, zal ook de sponsoring verdwijnen.

06.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De Vrienden van het 'Instituut Pasteur' kunnen zonder probleem, zoals vroeger, blijven werken. Alle terughoudendheid moet worden weggenomen. Het Instituut zal met de nodige onafhankelijkheid onderzoek blijven verrichten onder de naam Pasteur. Men zal de kwaliteiten van het 'Instituut Pasteur' behouden om ze met de voordelen van een inpassing in een groter geheel te combineren.

Het incident is gesloten.

07 **Vraag van mevrouw Corinne De Permentier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het hoge zelfmoordcijfer in België en de betrokkenheid van de overheid bij de aanpak van dit fenomeen" (nr. 1815)**

07.01 **Corinne De Permentier** (MR): Jaarlijks plegen er in ons land meer dan tweeduizend mensen zelfmoord. En dan gaat het nog om een onderschatting, waardoor zelfmoord op de eerste plaats van de externe doodsoorzaken komt. Preventie mag dan al een gemeenschapsmaterie zijn, maar we stellen vast dat de diverse overheden onvoldoende aan zelfmoordpreventie doen.

Verdiend zelfmoordpreventie geen bijzondere aandacht? Zou er geen actieplan tegen zelfmoord kunnen worden opgesteld? Bestaan er concrete maatregelen die in overleg met alle beleidsniveaus werden genomen? Zo ja, welke? Staat deze aangelegenheid op de agenda van een van de volgende interministeriële conferenties?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Voor het beleid inzake zelfmoord zijn zowel de federale overheid als de Gemeenschappen en de Gewesten bevoegd. Prioritair blijft echter de uitwerking van passende voorstellen in de strijd tegen zelfmoord.

Een werkgroep Zelfmoord is ingesteld binnen de interkabinettensubwerkgroep 'Taskforce Geestelijke

Gezondheid'. Deze groep is belast met de uitwerking van een protocol tussen de federale overheid en de deelgebieden om het aantal zelfmoorden terug te dringen en een inventaris van alle bestaande initiatieven op te stellen. Dit is een belangrijk gegeven, gezien het gebrek aan onderlinge samenhang en coördinatie van de verschillende acties.

Op de jongste interministeriële conferentie Volksgezondheid werd een stand van zaken opgemaakt. De werkgroep ging ervan uit dat voorafgaande besprekingen over precieze doelstellingen nog gevoerd moesten worden en dat het voorbarig zou zijn om nu al conclusies te trekken. Nu de periode van lopende zaken achter de rug is, kunnen de werkzaamheden terug worden aangevat.

Het plan tegen zelfmoord moet drie aspecten omvatten: de psychofarmacologie, de therapeutische opvang en de follow-up.

Een praktische gids die naar alle Belgische huis- en noodartsen wordt verzonden, bevat concrete aanbevelingen om patiënten met zelfmoordneigingen te identificeren en te begeleiden. Er werden ook aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de geneesmiddelen die aan suïcidale patiënten moeten worden voorgeschreven.

De zelfmoordclubs op internet zijn een bijzonder verontrustend verschijnsel dat echter – vermits het om internet gaat – in samenspraak met de Europese Commissie en de WGO zal moeten onderzocht worden.

Ik zal al deze acties voortzetten, ook al verloopt het overleg met de Gemeenschappen niet altijd even gemakkelijk.

07.03 Corinne De Permentier (MR): Ik dank u oprecht voor uw inzet in dit dossier. De Gemeenschappen hebben inderdaad een rol te vervullen op het vlak van preventie, maar sommige Gemeenschappen zijn dynamischer dan andere.

Het verheugt me dat deze conferenties zullen plaatsvinden en ik hoop dat u het plan waartoe minister Demotte de aanzet heeft gegeven, mee zal uitvoeren.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van psychologische ondersteuning voor brandwondenslachtoffers" (nr. 1885)

08.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Minister Demotte zorgde indertijd voor de halftijdse psychologische ondersteuning van patiënten in brandwondencentra. Dit is echter geen oplossing voor patiënten die ver van het ziekenhuis wonen. Psychologische ondersteuning voor brandwondenpatiënten is nochtans noodzakelijk en moet ook mogelijk zijn voor patiënten die niet meer opgenomen zijn in het ziekenhuis.

Heeft de minister gegevens over het aantal patiënten dat nu een beroep doet op psychologische bijstand en op welke manier kan deze ondersteuning worden terugbetaald?

08.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Ik ben mij bewust van het belang van psychosociale ondersteuning voor de revalidatie van brandwondenpatiënten. De eerste resultaten van een studie naar de psychosociale gevolgen van brandwonden tonen aan dat de psychologische ondersteuning in brandwondencentra verhoogd moet worden als we de intensiteit en de duur van het trauma voor deze patiënten willen inperken.

Een studie naar de gevolgen van de ramp in Gellingen bewijst de rol van de huisarts voor de opvolging van deze patiënten. De huisarts wordt het vlotst geraadpleegd en de graad van tevredenheid is meestal erg hoog. Daarnaast is de huisarts zeer toegankelijk en kan hij doorverwijzen naar een psychiater.

Op dit moment wordt de psychologische ondersteuning van brandwondenpatiënten niet terugbetaald, maar sommige ziekenfondsen regelen dit gedeeltelijk via de aanvullende verzekering. De huisarts kan doorverwijzen naar de psychiater en daar zijn dus ook mogelijkheden tot terugbetaling.

De integratie van de beroepsmensen van de geestelijke gezondheidszorg in het KB 78 heeft nog geen resultaat opgeleverd op wetgevend vlak. Voor mij is dit KB een noodzakelijke voorwaarde voor de terugbetaling. Ik wacht op het advies van de werkgroep Gezondheidszorg van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

08.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Volgens mij hangt de terugbetaling niet noodzakelijk af van het KB 78, maar kan dat ook via een convenant geregeld worden. Een erkenning van alle beroepen in de geestelijke gezondheidszorg is daarvoor toch niet nodig.

De **voorzitter**: We worden voortdurend geconfronteerd met het probleem van de erkenning van de psychotherapeuten en van de terugbetaling buiten de centra.

08.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Het is normaal dat ik de resultaten van die lopende studie afwacht.

Het incident is gesloten.

09 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "draagmoederschap" (nr. 1910)**

09.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Door een uitzending van *Telefacts* kwam het draagmoederschap opnieuw onder de aandacht. Er blijkt niet alleen te worden gesjoemeld met SIS-kaarten, maar het draagmoederschap wordt ook commercieel misbruikt. Deze problematiek kwam in deze commissie en in de Senaat al meermaals aan bod.

Wat is het standpunt van de minister? Heeft ze hierover al overlegd met de minister van Justitie? Zullen de misbruiken met een wetgevend initiatief worden aangepakt?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Ik ben op de hoogte van de misbruiken met de SIS-kaart.

Het debat over het draagmoederschap is een ethische kwestie. Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek verstrekke op 5 juli 2004 een advies over het draagmoederschap. Daarin staat dat draagmoederschap in principe aanvaardbaar is, maar dat er bijzonder voorzichtig moet mee worden omgesprongen om alle misbruiken te vermijden.

Er komen natuurlijk ook juridische problemen bij kijken, zoals de erkenning van het moederschap en vaderschap.

De praktijk van het draagmoederschap komt in België niet vaak voor, maar ze bestaat wel degelijk. In de komende maanden zal een duidelijke reglementering moeten worden opgesteld om alle misbruiken te vermijden.

(*Frans*): Tijdens de vorige zittingsperiode had ik als minister van Justitie samen met minister Demotte gewerkt aan een project dat mij dunkt tot een goed einde werd gebracht. Het Parlement wilde echter dat een en ander van een parlementair initiatief zou uitgaan. Daar ben ik helemaal niet tegen gekant, wel integendeel, en ik zal met genoeg aan het parlementair debat deelnemen, maar eerst moet de commissie uitmaken hoe zij wil tewerkgaan.

In verband met het uitwerken van middelen om fraudegevallen te voorkomen, moeten de veralgemeende invoering van de elektronische identiteitskaart en de groepering van de gegevens daar een einde aan maken.

De **voorzitter** : Als u daar geen bezwaar tegen hebt, maken wij de balans van de werkzaamheden op in de Senaat en beslissen wij daarna of wij het werk al dan niet in de commissie voortzetten.

09.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Indien het Parlement aan de slag wil gaan, wil ik graag, bij wijze van documentatie, het resultaat meedelen van de werkzaamheden die ik namens de regering heb verricht.

09.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Kan de minister het wetsontwerp van de vorige minister aan de commissieleden bezorgen? Het zou overigens goed zijn dat de minister de violen stemt met haar collega van Justitie, die het initiatief aan het Parlement wil laten. Er bestaat een maatschappelijk draagvlak om de commerciële misbruiken aan te pakken, dus dat zou zo snel mogelijk moeten gebeuren. Op korte termijn moeten ook de misbruiken met SIS-kaarten worden vermeden. We zullen dit dossier blijven opvolgen.

09.05 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Wij hadden gedacht aan een interparlementaire groep die zich zou buigen over het werkdocument 'Justitie-Gezondheid'.

09.06 De voorzitter : U zal een kopie van het antwoord ontvangen. Indien u ziet dat de minister niet geantwoord heeft op al uw vragen, zal u ter extra informatie een bijkomende vraag kunnen indienen.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: de heer Luc Goutry.

10 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "haar initiatieven in de preventieve gezondheidszorg" (nr. 1926)

10.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Met het nationaal kankerplan, de voorgenomen campagne tegen alcoholmisbruik en haar initiatieven in de gehandicaptensector en de sector van de rusthuizen begeeft de minister zich telkens op het terrein van de Gemeenschappen.

Is de minister misschien van oordeel dat de preventieve en de curatieve zorg eigenlijk op hetzelfde bestuurlijke niveau thuishoren? Denkt de minister dat het federale niveau het meest geschikte niveau is om de integrale gezondheidszorg te organiseren? Beschikt het federale niveau misschien over te veel middelen en wil men zich daarom met gemeenschapsmateries inlaten? Zou men dat geld niet beter besteden aan de curatieve en palliatieve zorg, waar er ook nog veel noden zijn? Kan de minister zomaar vroeger gemaakte en wettelijk verankerde bevoegdheidsverdelingen negeren?

10.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Persoonlijk betreur ik dat de preventieve geneeskunde ontkoppeld werd van de andere sectoren van de volksgezondheid.

U heeft verscheidene voorbeelden aangehaald, onder meer dat van de personen met ene handicap. De uitkeringen voor gehandicapten zijn een federale bevoegdheid. Wanneer de subsidies voor de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen worden overschreden, is het normaal dat het Riziv dat probleem aanpakt.

Wat kanker betreft, is de preventie grotendeels in handen van de Gemeenschappen, maar de federale overheid financiert de vaccins.

Wat het alcoholprobleem betreft, zullen de onderscheiden bevoegdheidsniveaus samenwerken en tegen volgende maand zou een nationaal plan tegen alcoholgebruik klaar moeten zijn. Het gaat grotendeels om een gemeenschapsbevoegdheid, maar voor een aantal elementen is het federale niveau bevoegd. Dat is ook zo voor het roken.

Ik werk constructief samen met mijn collega's van de Gemeenschappen, met inachtneming van de respectieve bevoegdheden en ben van plan die vorm van samenwerking voort te zetten. Hoe kan men immers een nationaal plan tegen kanker uitwerken zonder het te hebben over vaccinatie, informatie en preventie?

10.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): We zijn het er dus over eens dat de curatieve en de preventieve zorg op hetzelfde niveau thuishoren. Voor ons is dat uiteraard het niveau van de Gemeenschappen. Dit is misschien stof voor discussie in de octopuswerkgroep.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nevenwerkingen van het antirookmiddel Zyban" (nr. 1851)

11.01 Josée Lejeune (MR): Uit een studie die onder leiding van VUB-professor Romain Meeusen werd uitgevoerd en in januari 2008 in het *Journal of Physiology* verscheen, blijkt dat de combinatie van bupropion (het hoofdbestanddeel van Zyban) en fysieke inspanningen bijzonder schadelijk kan zijn voor de gezondheid.

Hebben het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en Eudravigilance nevenwerkingen van dit geneesmiddel vastgesteld?

Is u van plan preventieve maatregelen te treffen of dit probleem op een andere manier aan te pakken?

11.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De studie waar u naar verwijst en die op ratten werd uitgevoerd, komt tot het besluit dat de weerstand bij inspanningen verhoogd wordt wanneer die bij hitte plaatsvinden.

We weten niet in welke mate die vaststellingen op de mens van toepassing zijn.

Het metabolisme van bupropion is immers verschillend bij ratten en mensen. Bij ratten werd een dosis van zeventien mg/kg geïnjecteerd, terwijl de aanbevolen dosis bij mensen vier tot vijf mg/kg bedraagt.

Volgens de literatuur bestaat het grootste gevaar in verband met inspanning en hyperthermie in uitdroging bij sportbeoefenaars die tot nierfalen kan lijden.

Uit de verslagen betreffende nevenwerkingen die tot op heden aan het Geneesmiddelenbureau werden overgemaakt, blijkt niet dat er sprake is van een risico in verband met een verhoogde weerstand bij inspanningen bij patiënten die bupropion nemen. Nederland, dat als referentielidstaat fungeert en de Europese activiteiten inzake geneesmiddelenbewaking met betrekking tot dit product coördineert, heeft ons niet gemeld dat er in de databank EudraVigilance een negatief signaal werd gegeven.

Gelet op die elementen denk ik niet dat er met betrekking tot bupropion dringende maatregelen moeten worden genomen.

Ik heb toch aan het Bureau gevraagd om dat punt op de agenda van de volgende vergadering van de werkgroep 'Geneesmiddelenbewaking' te zetten.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nr. 1933 en 1938 van mevrouw Colette Burgeon worden uitgesteld.

12 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wet tot hervorming van de heffingen op de omzet van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten" (nr. 1936)

12.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): De Europese Commissie gaat akkoord met de wet van 10 juni 2006 tot hervorming van de Belgische heffing op de omzet van de farmaceutische ondernemingen. De heffingskortingen moeten grotendeels worden geïnvesteerd in onderzoek naar en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. In afwachting van het fiat van de Commissie werd de wet al twee keer gewijzigd. Wanneer zal zij eindelijk in werking treden?

12.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De wet werd inderdaad twee keer geamendeerd, maar trad nog niet in werking omdat artikel 88 paragraaf 3 van het Europees Verdrag de goedkeuring ervan door de Commissie vereist.

De wet wijzigt de heffing op twee manieren. Er komt een vrijstelling van heffing voor bepaalde categorieën van geneesmiddelen en een vermindering voor de farmaceutische bedrijven die investeren in O&O of die vrijwillig hun marketingbudget verlagen, en voor kleine ondernemingen die investeren in de productie van

geneesmiddelen.

Op 30 januari 2008 werd de regeling door de Commissie goedgekeurd. De inwerkingtreding volgt nog dit jaar. Eerst moeten op vraag van de Commissie nog enkele wijzigingen worden aangebracht met betrekking tot sommige voorwaarden en definities, die via een gezondheidswet in juni 2008 zullen worden geïntegreerd. Bovendien moet een KB met de modaliteiten worden gepubliceerd. In maart komt het ontwerp-KB voor het Verzekeringscomité. Daarna wordt het voorgelegd aan de Ministerraad en de Raad van State. Indien de timing het vereist, zullen overgangsmaatregelen worden getroffen.

12.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Hopelijk komen er geen wijzigingen met betrekking tot de weesgeneesmiddelen en wordt het akkoord daarover gerespecteerd. De vrijstelling van heffing is essentieel om de betaalbaarheid ervan te garanderen.

De **voorzitter**: Wanneer zal die gezondheidswet klaar zijn?

12.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Na de begroting, mijnheer de voorzitter.

De **voorzitter**: Meer bepaald?

12.05 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Minister Letermé heeft beloofd dat de begrotingsbesprekingen niet dit weekend maar volgend weekend zouden worden beëindigd.

De **voorzitter**: Laat het ons weten zodra u over meer inlichtingen beschikt, want ook wij moeten onze commissiewerkzaamheden regelen.

Het incident is gesloten.

13 Samengevoegde vragen van

- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zachte echelonnering" (nr. 1943)
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mislukking van het systeem van zachte echelonnering" (nr. 1956)
- mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zachte echelonnering" (nr. 2000)
- de heer Michel Doomst aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zachte echelonnering" (nr. 2012)

13.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): De zogenaamde zachte echelonnering is geen succes en minder dan 1 procent van de consultaties bij een specialist gebeurt na doorverwijzing van een huisarts. Daarover werd minister Donfut reeds ondervraagd. Voor de opvolging van het dossier komen we nu bij minister Onkelinx terecht.

Bevestigt de minister de cijfers van de ziekenfondsen over de zachte echelonnering? Vormt de administratieve last een verklaring voor de slechte resultaten? Is er al een evaluatie gebeurd? Wat zijn de conclusies?

Heeft de minister de mogelijke bijstellingen ondertussen bestudeerd? De bezorgdheid wordt gedeeld over alle partijgrenzen heen en ik hoop dat de minister nu met concrete antwoorden op de propen zal komen.

13.02 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Het systeem van de zachte echelonnering werd door minister Demotte voorgesteld als een belangrijke stap naar de door de artsen gewenste echelonnering. Het systeem bestaat in een verlaging van het remgeld voor de eerste consultatie bij een specialist als de patiënt door zijn huisarts doorverwezen wordt en een globaal medisch dossier heeft. Uit de eerste evaluatie blijkt dat minder dan 1 procent van alle consultaties bij specialisten onder dit systeem valt. Dit lijkt erop te wijzen dat het systeem weinig bekend is of dat het te omslachtig is.

Is de minister van plan dit systeem te handhaven? Staat de administratieve rompslomp in verhouding tot het resultaat? Hoe zal de minister het systeem doeltreffender maken?

13.03 Maggie De Block (Open Vld): We hebben vroeger veel discussies over de doorverwijzing gevoerd. We hebben toen gepleit om het systeem niet te ingewikkeld te maken en er goed over te communiceren. De bedoeling was om de huisarts centraal te zetten en die patiënt te belonen die zich in een gepast zorgtraject liet leiden.

De zachte echelonnering is misschien te zacht. Er zijn kleine verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië en tussen de verscheidene ziekenfondsen, maar de resultaten zijn overal pover.

Zal de minister het systeem verder uitbouwen? Wat met het globaal medisch dossier? Liggen er nog andere denksporen op tafel? Kan het budget voor de echelonnering, dat dus grotendeels is blijven liggen, nog in het systeem worden geïnjecteerd?

13.04 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Ik denk dat de regel 'eerst naar de huisarts, dan naar de specialist' een van de sleutels is om de gezondheidszorg betaalbaar te houden. Noord en Zuid zaten niet helemaal op dezelfde golflengte, maar toch zou de heer Donfut er werk van maken. Het cijfer van 150.000 verwijzingen op 23 miljoen raadplegingen spreekt echter niet in zijn voordeel.

Kloppen deze cijfers? Wat gebeurt er met de werkgroep die in het vooruitzicht werd gesteld en waarin de hele zaak grondig zou worden geëvalueerd? Wat ziet de minister als maatregel om het principe van de zachte echelonnering beter in de praktijk te brengen?

13.05 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik kom even terug op de vorige vraag om duidelijk te maken dat de besprekingen van de Europese Commissie geen betrekking hebben op de geneesmiddelen.

(Nederlands) Ik bevestig de slechte resultaten. De korting kon bijna niet worden toegekend. Het is een laag cijfer, maar uiteraard moeten de vervolggconsultaties bij de specialist van de eerste consultaties worden gescheiden om een correcte evaluatie te kunnen maken.

Er zijn verschillende hypothesen voor de slechte cijfers. De patiënten en de artsen zijn onvoldoende vertrouwd met het systeem. In België bestaat ook een lange traditie van rechtstreeks naar een specialist te stappen. De maatregel heeft misschien ook te lijden onder wantrouwen op het terrein, wat eigenlijk paradoxaal is aangezien de meeste huisartsen het systeem willen bevorderen. Dan zijn er ook nog de technische en administratieve problemen. Binnenkort zullen we de artsenbonden en de ziekenfondsen bevragen over hoe het systeem eenvoudiger kan worden gemaakt. We mogen ook niet vergeten dat raadplegingen bij specialisten niet in elk geval door een bezoek aan de huisarts voorafgegaan hoeven te worden, denk aan consultaties bij gynaecologen, pediaters en oogartsen.

Toch wil ik de huisarts als spil van de gezondheidszorg bewaren. Daarom moet een grondige evaluatie van de zachte echelonnering worden uitgevoerd, waarna verbeteringen kunnen worden aangebracht.

Voorzitter: mevrouw Muriel Gerkens, voorzitter.

13.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Ik ben verheugd dat een Franstalig minister van Volksgezondheid de huisarts centraal wil zetten. De echelonnering moet dus blijven. Helaas is de eerste stap in die richting niet echt een succes te noemen. We zullen het dossier blijven opvolgen en we hopen op nieuwe incentives van de minister.

13.07 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Ik ben nooit warm of koud geworden van de echelonnering. In Vlaanderen heeft 80 procent van de patiënten een vaste huisarts en daarmee is het probleem structureel eigenlijk van de baan. Voor de resterende consultaties bij specialisten zullen de patiënten slechts schoorvoetend bij de huisarts passeren. Het is dan ook de vraag of we nog meer middelen moeten inzetten voor een pover resultaat. Het lijkt mij verstandiger de middelen in te zetten voor het globaal medisch dossier, dat tot een veel grotere besparing kan leiden. In de nabije toekomst zullen conclusies moeten worden

getrokken.

13.08 Maggie De Block (Open Vld): Het is positief dat er gezocht wordt naar manieren om het systeem te verbeteren. Misschien was het administratief wel te ingewikkeld. Ik ben ook verheugd dat de minister de centrale rol van de huisarts erkent. Ook het globaal medisch dossier speelt daarbij een grote rol.

13.09 Michel Doomst (CD&V - N-VA): De huisarts als spil van de zorgverlening, dat is het vertrekpunt. Laten we het systeem ook vooral niet ingewikkelder maken, het gaat immers vooral om een andere ingesteldheid, niet om technische details.

Het incident is gesloten.

14 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hoge kosten bij palliatieve thuiszorg" (nr. 1945)

14.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Terminale kankerpatiënten hebben zeer hoge dosissen pijnstillers nodig. Vaak moet er diamorfine of hydromorfine worden toegediend via een pijnpomp. Wanneer de patiënt gehospitaliseerd is of verblijft in een palliatieve zorgeenheid, zijn deze pijnstillers niet ten laste van de patiënt, maar thuis lopen de kosten al snel op tot 1.000 à 1.500 euro per maand.

Is de minister op de hoogte van deze situatie? Zal de minister laten onderzoeken hoe deze kosten door de ziekteverzekering zouden kunnen worden gedragen?

14.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Ik heb de Technische Farmaceutische Raad verzocht om een dossier voor te bereiden inzake de magistrale bereiding van diamorfine en dat punt komt al in maart op de agenda. Ik zal de Raad ook verzoeken om een dossier voor te bereiden betreffende het magistraal gebruik van hydromorfine. Wanneer de Raad een positief advies geeft, zullen deze geneesmiddelen terugbetaald kunnen worden door de ziekteverzekering.

Ook het palliatief forfait van 491,22 euro kan helpen om hoge kosten op te vangen.

14.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Het is hoopgevend dat deze materie al in maart zal worden besproken. Het palliatief forfait dient vooral voor andere kosten, niet voor geneesmiddelen.

Het incident is gesloten.

15 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de farmaceutische zorg in rusthuizen" (nr. 1946)

15.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Tijdens de voorbije zittingsperiode werd een resolutie aangenomen over de farmaceutische zorg in rusthuizen. Daarin werd gevraagd om de rol van de coördinerende raadgevende arts (CRA) te verduidelijken en om te streven naar een striktere toepassing van het formularium. Ook werd er gepleit voor een elektronisch medicatiedossier per resident.

Erkent de minister de ernst van deze problematiek? Zal zij hiervan een prioriteit maken? Welke concrete maatregelen kan de minister reeds aankondigen?

15.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De rol van de CRA is opgenomen in de federale erkenningsnormen. Momenteel bestaat deze functie enkel in de rust- en verzorgingstehuizen. De CRA neemt de coördinatie op zich van het zorgbeleid, in overleg met de behandelende artsen. Dit omvat ook het opstellen van het geneesmiddelenformularium. Ik meen dat de rol van de CRA moet worden bijgestuurd.

De Commissie artsen-ziekenfondsen heeft zich geëngageerd om deze rol verder uit te bouwen.

Over het geneesmiddelengebruik in rustoorden wordt in een studie van 2006 van het kenniscentrum een

aantal beleidsaanbevelingen geformuleerd. Binnen het budget van het Riziv is in een bedrag van 600.000 euro voorzien voor een studie over de kwaliteit van de zorg in de rustoordsectoren, onder meer het belang van een goed medico-farmaceutisch beleid. Het probleem van de geneesmiddelandistributie zal in een aantal proefprojecten worden bestudeerd.

15.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Het is positief dat de minister hier snel werk van wil maken. Vooral de verduidelijking van de rol van de CRA is essentieel. Uiteindelijk zou de vermindering van het geneesmiddelengebruik bij ouderen een prioriteit moeten zijn.

Het incident is gesloten.

16 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de definiëring van goedkope geneesmiddelen" (nr. 1947)

16.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Het KB van september 2005 bepaalt dat artsen een bepaald percentage goedkope geneesmiddelen moeten voorschrijven, zoals generische geneesmiddelen of merkgeneesmiddelen die hun prijs verlaagd hebben. In de praktijk blijkt echter dat deze merkgeneesmiddelen niet altijd de goedkoopste zijn. Sommige artsen krijgen wel de indruk dat ze even goedkoop zijn als de generische middelen.

Is de minister het ermee eens dat het KB niet garandeert dat de goedkoopste geneesmiddelen worden voorgeschreven? Zal ze het KB aanpassen? Welke maatregelen zal ze nog nemen om de prijzen verder te doen dalen?

16.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De wet verplicht de apotheker inderdaad niet om het goedkoopste geneesmiddel af te leveren, maar wel om geneesmiddelen af te leveren die beschouwd worden als goedkoop, namelijk diegene waarvoor geen supplement op het remgeld moet worden betaald. Het is de verantwoordelijkheid van de apotheker om het goedkopere alternatief te leveren in het belang van de patiënt en de sociale zekerheid.

Door het systeem van de referentietrugbetaling werden de prijzen van sommige merkproducten verlaagd, waarop ook de prijs van bepaalde generische middelen verlaagd werd.

De verplichting voor artsen om een minimumpercentage aan goedkopere geneesmiddelen voor te schrijven, heeft geleid tot goede resultaten. Door het voorschrijven onder de stofnaam moet de arts niet telkens nagaan of er een generisch alternatief bestaat. Het is dan de apotheker die het goedkope geneesmiddel moet afleveren. Ik hoop dat er hierdoor een veralgemeende reflex wordt gecreëerd.

Volgens gegevens uit augustus 2007 neemt het percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen elk jaar toe en bedraagt het nu 41,3 procent. Hiervan zijn 58 procent generische producten en kopieën. De merkgeneesmiddelen met verlaagde prijs vertegenwoordigen 48 procent, terwijl de voorschriften van dure geneesmiddelen onder actieve stof slechts 21 procent uitmaken.

Ik zal de evolutie van het systeem van nabij volgen en indien nodig nieuwe maatregelen nemen. Ik zal de effecten van de maatregel opnieuw evalueren.

Het is belangrijk om de artsen regelmatig te informeren. Op de website van het Riziv en van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie kunnen zij informatie vinden over de goedkope geneesmiddelen. De gegevens worden ook jaarlijks opgestuurd via het mementopharma.

In het nationaal akkoord tussen geneesheren en ziekenfondsen is bepaald dat het overleg tussen artsen en apothekers opnieuw van start zal gaan. De uitgaven voor geneesmiddelen worden opgevolgd door het Riziv en er wordt geregeld een rapport voorgelegd aan de commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen en aan de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen. De farmaceutische bedrijven worden eveneens bij het overleg betrokken.

16.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Iedereen is zich ervan bewust dat het debat over de prijsbeheersing van geneesmiddelen niet mag stilvallen. Anders vrees ik dat de resultaten snel zullen verdwijnen. Het blijkt namelijk dat de prijzen wel verlaagd zijn, maar dat de volumes vergroten en er dus meer wordt voorgeschreven. Wij moeten dus blijven ingrijpen in de prijs om het budget te beheersen.

De apotheker kan enkel zelf kiezen voor het goedkoopste middel als er voorgeschreven wordt op stofnaam. Apothekers hebben immers geen substitutierecht.

Het incident is gesloten.

17 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe samenstelling van de Nationale Raad voor Verpleegkunde" (nr. 1948)

17.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): De Nationale Raad voor Verpleegkunde moet om de zes jaar opnieuw worden samengesteld. De Raad is al sinds oktober 2007 ontbonden en de werking is volledig stilgevallen. Er moet echter een KB worden gepubliceerd met de nieuwe samenstelling voor de Raad zijn werkzaamheden kan hervatten.

Hoe ver staat het met de voorbereidingen van dit KB en wanneer zal het verschijnen?

17.02 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): De mandaten van de leden van de Nationale Raad voor Verpleegkunde zijn sinds 10 oktober 2007 afgelopen, maar met het oog op de rechtszekerheid van de betrokken personen blijft de erkenningscommissie van die Raad de aanvragen tot registratie van de nieuwe zorgverleners en de aanvragen van de houders van een bijzondere beroepstitel behandelen.

Er werd een benoemingsontwerp voorbereid, maar zo een ontwerp moet een aantal wettelijke voorschriften in acht nemen. Zo had een bepaalde organisatie, hoewel ze op het hele grondgebied actief is, enkel Franstalige kandidaten voorgedragen. Daarom werd gevraagd de nodige aanpassingen aan te brengen. De nieuwe kandidaturen waren echter evenmin evenwichtig verdeeld over de taalrollen. De administratie zal met de voorzitter van die organisatie overleggen met de bedoeling tot een kandidatenlijst te komen die de regels in acht neemt.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overlijdens in de psychiatrie" (nr. 1954)

18.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Uit het antwoord van de vorige minister op een mondelinge vraag over dit onderwerp, blijkt dat er verschillende cijfers circuleren in verband met de overlijdens in de psychiatrie.

Hoeveel overlijdens werden er per jaar geregistreerd in psychiatrische ziekenhuizen en in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen in de periode 1998 tot 2007?

Hoeveel van deze overlijdens waren te wijten aan natuurlijke oorzaken en hoeveel aan niet-natuurlijke? Hoeveel van de niet-natuurlijke overlijdens werden geregistreerd als zelfmoord, hoeveel als doodslag en in hoeveel gevallen was de doodsoorzaak onbekend?

18.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Volgens gegevens van de dienst psycho-sociale zorgverlening is het aantal overlijdens in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen sinds 1998 gedaald van 682 naar 477 in 2004: 725 overledenen in 1999, 614 in 2000, 548 in 2001, 514 in 2002 en 587 in 2003. Van de 477 overledenen in 2004 vonden 371 een natuurlijke dood en 98 een onnatuurlijke dood. Bij acht was de doodsoorzaak onbekend. Van de 98 onnatuurlijke overlijdens waren er negen te wijten aan een ongeval en 89 aan zelfdoding.

Het aantal overlijdens in de psychiatrische ziekenhuizen daalde van 572 in 1998 naar 388 in 2004: 622 overledenen in 1999, 508 in 2000, 458 in 2001, 422 in 2002 en 490 in 2003. Van de 388 overledenen in 2004

betrof het voor 302 een natuurlijke dood en voor 80 een onnatuurlijke dood. Voor zes was de doodsoorzaak onbekend. Van de 80 niet-natuurlijke overlijdens waren er zeven te wijten aan een ongeval en 73 aan zelfdoding.

Het aantal overledenen in de psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen daalde van 110 in 1998 naar 89 in 2004. Het waren er 103 in 1999, 96 in 2000, 90 in 2001 en 92 in 2003. Bij de 89 overledenen in 2004 ging het in 69 gevallen om een natuurlijke dood en in 18 gevallen om een niet-natuurlijke dood. Voor twee was de doodsoorzaak onbekend. Van de 18 niet-natuurlijke overlijdens waren er twee te wijten aan een ongeval en 16 aan zelfdoding.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de consumptie van Rilatine" (nr. 1972)

19.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Volgens het onderzoeksbureau IMS is het Rilatineverbruik in ons land de afgelopen vijf jaar verdubbeld. Steeds meer kinderen slikken Rilatine zonder dat bij hen de diagnose van ADHD is gesteld. Dat blijkt onder meer uit het feit dat de helft van de voorgeschreven dosissen niet werd terugbetaald door de ziekteverzekering.

Heeft de minister cijfers die deze stijging van de consumptie bevestigen? Beschikt zij over gegevens die erop wijzen dat steeds meer kinderen onoordeelkundig Rilatine slikken? Zijn er geen striktere richtlijnen inzake het voorschrijven van Rilatine nodig? Overweegt de minister een campagne om Rilatinegebruik te ontraden?

19.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Rilatine is de merknaam voor methylfenidaat. Dit is een stimulant van het centraal zenuwstelsel. Dit middel is terugbetaalbaar onder hoofdstuk 4, wat wil zeggen dat de patiënt aan strikte criteria moet voldoen die gebaseerd zijn op internationale richtlijnen. Methylfenidaat wordt ook gecommercialiseerd onder de naam Concerta. Dat middel is niet terugbetaalbaar.

Uit de vergelijking tussen het aantal terugbetaalde dosissen en de verkoopsgegevens van Rilatine in de apotheken, blijkt dat het vergoedbare aandeel sinds 2004 sterk gestegen is tot ongeveer 53 procent van het totale verbruik.

Het Riziv beschikt niet over gegevens waaruit blijkt dat meer kinderen Rilatine slikken zonder dat bij hen ADHD is vastgesteld.

Ik ben voorstander van een campagne om Rilatinegebruik te ontraden, in het bijzonder voor wat de niet-terugbetaalbare indicaties betreft. Een dergelijke campagne zou erop gericht zijn de artsen en de ouders te wijzen op de risico's van Rilatinegebruik, zoals aangegeven in de bijsluiter.

19.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Zijn er al concrete plannen voor deze campagne? Is er al een tijdspad? Is er overleg gepleegd met de Gemeenschappen?

19.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Men is momenteel aan het onderzoeken hoe en met wie dat zal gebeuren.

Het incident is gesloten.

20 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voeds etikettering" (nr. 1997)

20.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): De Europese Commissie heeft een herziening van de voeds etikettering voorgesteld, teneinde de consument te helpen om weloordachte keuzes te maken. De bevoegde Europese commissaris wil de etiketteringsregels uitbreiden tot niet voorverpakte producten, inclusief maaltijden in restaurants.

De Europese regelgeving verplicht de producenten echter niet de herkomst van de producten aan te duiden. Doen zij dat toch, dan mag die informatie niet misleidend zijn.

De consumentenorganisaties reageren teleurgesteld op deze voorstellen, omdat zij deze verwarrend vinden. Hoe staat de minister tegenover de suggestie van de consumentenorganisaties om met één duidelijk leesbare aanduiding de voedingswaarde van de producten verstaanbaar te maken?

Overweegt de minister om deze problematiek aan te kaarten bij een volgend Europees overleg van de ministers van Volksgezondheid? Wanneer valt de eindbeslissing over deze voorstellen?

20.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Er is inderdaad een herziening van de huidige reglementering nodig. Het klopt dat de meerderheid van de consumenten problemen heeft om de etiketten op voedingsmiddelen te lezen en te begrijpen. De informatie over de voedingswaarde moet de consument nochtans helpen om gezondere keuzes te maken. Een betere etikettering is dan ook één van de doelstellingen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan dat mijn voorganger lanceerde. Onlangs publiceerden de FOD Volksgezondheid en het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) hierover een brochure die ook op hun website staat.

De Europese Commissie stelde voor de huidige reglementering te herzien. Dat voorstel zal in het Europees Parlement en de Raad worden besproken met alle bevoegde ministers. Ik kan echter geen timing vermelden, aangezien België die agenda's niet bepaalt.

20.03 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): De minister erkent het probleem. Ik kijk al uit naar het Europese voorstel en hoop dat de minister ons alle informatie van Europa zal bezorgen.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.19 uur.

La réunion publique est ouverte à 14 h 24 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 **Question de Mme Florence Reuter à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'achat de médicaments à l'étranger" (n° 1660)**

01.01 **Florence Reuter** (MR) : Un phénomène interpellant m'a été rapporté. De nombreux Belges vont chercher leurs médicaments aux Pays-Bas, où ils sont mieux remboursés. L'assureur néerlandais recouvre ensuite ses frais auprès de l'Inami, qui paie finalement pour ces patients peu scrupuleux.

Ce phénomène vous est-il connu ? A-t-on déjà estimé cette fraude ? Si oui, à combien s'élève-t-elle ? Si non, comptez-vous le faire ? Quels moyens sont utilisés pour éviter ces abus ?

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*) : Ce phénomène existe bien, mais nous n'avons pas d'estimations de la fraude, car nos informations ne permettent pas de collecter des données pertinentes concernant le montant que l'assurance obligatoire soins de santé belge doit rembourser aux Pays-Bas pour des médicaments délivrés à des assurés belges. Il y a évidemment fraude, car c'est une utilisation à tort de la carte européenne assurance-maladie. L'Inami a averti l'autorité néerlandaise de cette réalité et examine les dispositions à prendre pour assurer une utilisation correcte de cette carte par ces assurés belges.

01.03 **Florence Reuter** (MR) : On reviendra donc sur ce problème. J'imagine que l'Inami peut vérifier combien il rembourse aux Pays-Bas ?

01.04 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*) : C'est sur cela qu'il travaille actuellement.

L'incident est clos.

01.05 **La présidente** : La question n°1685 de M. Bellot est transformée en question écrite. La question

n°1731 de Mme Galant est reportée. Pour les questions jointes n°s 1744 de M. Doomst et 1810 de Mme Becq, M. Doomst a retiré sa question.

02 Question de Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan de lutte contre le cancer" (n° 1810)

02.01 Sonja Becq (CD&V - N-VA) : La ministre annoncé un nouveau plan de lutte contre le cancer.

Quelles en sont les lignes de force ? Quel budget a-t-on dégagé pour sa mise en œuvre ? Une collaboration est-elle prévue avec les Communautés ? Quels sont les partenaires associés à la mise en œuvre de ce plan ?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Le Plan national cancer est une des dix priorités du gouvernement. Reste à décider quand nous prendrons telle ou telle initiative. Pour citer quelques chiffres, je dirai qu'il y a 55.000 nouvelles tumeurs chaque année en Belgique, dont 200 chez des enfants. Le taux de mortalité en Belgique est plus élevé que la moyenne et l'OMS démontre que les cancers sont en augmentation dans le monde.

La nécessité de travailler s'impose donc. Dans d'autres pays, il existe des plans pluriannuels. En mars, nous définirons des priorités et des perspectives de travail. Les Communautés ont bien sûr un rôle important à jouer ; on dit que 40% des cancers pourraient être évités par des mesures de prévention adéquates. Nous avons eu et nous aurons des tables rondes, chaque lundi, avec les Communautés, au sujet du dépistage, de la recherche, des soins et des traitements et de l'évaluation de la prise en charge.

Nous essayons que ce plan soit porté en commun avec les Communautés et les Régions, les pays voisins, les professionnels et les associations de patients.

02.03 La présidente : Chaque mardi, suite à la table ronde du lundi, un compte rendu ainsi que les documents préparatoires sont à votre disposition.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je préciserai que les documents mis à la disposition des honorables membres contiennent des informations que je ne contrôle pas !

02.05 Sonja Becq (CD&V - N-VA) : Il est important de définir une stratégie à long terme, y compris pour d'autres maladies chroniques. Les Communautés doivent effectivement participer aux tables rondes. Le flou reste manifestement total en ce qui concerne les aspects budgétaires. Je me réjouis de constater que les patients et leur famille seront également entendus. Qu'en est-il des mutualités ?

02.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les représentants du collège intermutualiste étaient présents hier.

L'incident est clos.

03 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'inhumation des indigents en Belgique" (n° 1762)

03.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Puisqu'il ne s'agit pas d'une matière fédérale, je retire ma question mais avec dépit !

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prévention et la curation des usages addictifs de cannabis" (n° 1766)**

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'analyse du nouveau vaccin contre la dépendance aux drogues" (n° 1873)**

04.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Notre pays compte de nombreux consommateurs de cannabis, ceux-

ci ayant parfois treize ou quatorze ans. Des complications relationnelles, sociales, scolaires ou professionnelles peuvent accompagner cette consommation.

Depuis quelques années, suite à une augmentation des demandes de traitements, des services de psychiatrie et de psychologie médicale se sont penchés sur ces questions et le CHU Brugmann a mis en place une clinique du cannabis. Des études ont permis entre autres de constater qu'une information correcte avait un effet préventif majeur.

Dans ce cadre, ne serait-il pas souhaitable de faire connaître à nos jeunes l'existence de cette clinique et les moyens de la contacter ? Serait-il possible de mettre en œuvre une campagne nationale d'information sur ces outils ?

La presse vient de faire état d'un nouveau vaccin contre la dépendance aux drogues, mis au point par le professeur de psychiatrie et de neurosciences, Thomas Kosten, du *Baylor College of Medicine* de Houston. Votre département ou celui d'un autre pays membre de l'Union a-t-il déjà analysé les divers paramètres de ce vaccin ? A-t-il fait l'objet d'une demande d'agrément en Europe ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : La consommation de drogues, et notamment de cannabis, ne peut être banalisée. Mon prédécesseur y a accordé beaucoup d'attention et a financé, depuis 2004, l'étude INCANT (*International Cannabis Need of Treatment*) à Brugmann.

La prévention relève de la compétence des Communautés. Cependant, un million d'euros ont été attribués à l'ASBL IDA (Information sur les Drogues et l'Alcool) pour la mise en place d'une campagne nationale sur les drogues et l'alcool dans le cadre d'un accord entre le fédéral et les Communautés. Cette campagne vise à informer, de manière factuelle et adaptée aux différents groupes-cibles, à propos de l'offre d'assistance et des sources d'information disponibles, comme les lignes téléphoniques déjà financées par les Communautés et Régions, ou les nouveaux instruments qui seront créés. La campagne nationale est trilingue et comporte un volet public (spots télévisés, affiches, cartes postales, etc.) et un volet professionnel (matériel didactique et plate-forme interactive).

L'Institut scientifique de santé publique a pris contact avec le professeur américain Thomas Kosten et celui-ci estime que le vaccin contre la dépendance à la cocaïne pourrait être disponible aux États-Unis dans trois ans environ et en Europe un an plus tard.

À moyen terme, des vaccins pourraient être mis au point contre toutes les drogues, naturelles comme synthétiques, à l'exception de l'alcool. Un vaccin combiné est même envisageable.

Si toutes ces informations sont exactes et si les vaccins sont efficaces, les perspectives pour la prise en charge des toxicomanes sont extraordinaires. Cependant, les campagnes de prévention contre l'usage des drogues légales et illégales conservent toute leur utilité.

04.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Pour le court terme, la prévention reste sans doute la politique la plus efficace. J'espère dès lors que les campagnes seront pérennisées et figureront dans le budget 2008.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'efficacité et la sécurité du vaccin n'ont pas encore été examinées par les autorités européennes compétentes en matière d'autorisation et de mise sur le marché des médicaments.

04.05 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Je m'interroge également sur les moyens européens consacrés à ce genre de vaccin.

L'incident est clos.

05 Questions jointes de

- Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contingentement des kinésithérapeutes" (n° 1778)
- M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contingentement

des kinésithérapeutes" (n° 1914)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Depuis 1999, le nombre de nouveaux kinésithérapeutes pouvant effectuer des prestations remboursées par l'INAMI a été limité à 270 néerlandophones et 180 francophones par an. Entre temps, un examen de sortie a été organisé à plusieurs reprises. En raison du vieillissement de la population et de la féminisation de la profession, on commence toutefois à craindre une pénurie de kinésithérapeutes.

L'examen de sortie pour kinésithérapeutes a-t-il déjà été évalué? La ministre est-elle disposée à demander à la commission de planification de réexaminer le contingentement? Le précédente ministre de la Santé publique avait promis d'attribuer les numéros INAMI non utilisés aux sélectionnés suivants mais il n'a pas respecté cet engagement. Qu'est-il advenu des numéros non attribués ?

05.02 Yolande Avontroodt (Open Vld) : La question écrite 883 sur le contingentement des kinésithérapeutes que j'avais posée sous la législature précédente est restée sans réponse. C'est pourquoi je l'ai reposée, cette fois même sous la forme d'une interpellation.

Il ressort du rapport de professeur Stappaerts, de Louvain, que dans les années à venir, il y aura en Flandre moins de kinésithérapeutes indépendants que prévu aujourd'hui dans le cadre du contingentement. Les kinésithérapeutes seront 270 à entrer en ligne de compte alors que 126 seulement commenceront au cours de cette année scolaire une activité indépendante. Au cours de l'année scolaire prochaine, ils ne seraient que 92 et, au cours de la suivante, 117.

Une étude réalisée par le professeur Pacolet à la demande du SPF Santé publique démontre que le contingentement visé était déjà atteint avant la tenue des épreuves de sélection. Les mesures annoncées ont eu pour effet de décourager les candidats. Selon l'étude en question, les normes fixées dans le cadre du contingentement ne seront pas atteintes et il pourrait même être question de pénurie pour 2020.

Les associations professionnelles critiquent également le contingentement dans la mesure où les kinésithérapeutes ne trouvent déjà plus suffisamment de collaborateurs disposant d'un numéro INAMI. Les hôpitaux et les maisons de repos refusent également les kinésithérapeutes sans numéro.

Un problème complémentaire est lié au fait que l'octroi de 270 numéros ne signifie pas que 270 kinésithérapeutes effectueront une carrière à temps plein. Certains numéros ne sont pas réclamés, d'autres ne sont pas utilisés et d'autres encore sont utilisés à temps partiel. La promesse du ministre Demotte, qui s'était engagé à ce que les numéros non réclamés soient attribués aux suivants sur la liste, n'a pas été respectée.

Quelle est la réaction de la ministre face à ces problèmes ? Est-elle disposée à adapter le contingentement à ces nouvelles constatations ? Quand le cadastre des professions de la santé sera-t-il établi ? La ministre envisage-t-elle une nouvelle étude des besoins dans les deux prochaines décennies ? Attribuera-t-elle les numéros non réclamés aux suivants sur la liste ? Qu'advient-il des numéros non encore utilisés deux ans après leur attribution ? La ministre tiendra-t-elle compte, dans le cadre du contingentement, du fait que certains kinésithérapeutes exercent leur profession à temps partiel ?

Les examens des kinésithérapeutes constituent une matière communautaire. Dans l'intervalle, le contingentement a provoqué des tragédies et je souhaiterais plaider avec insistance auprès de la ministre pour qu'elle examine cette question dans le cadre de la conférence interministérielle.

05.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Des mesures avaient en leur temps été prises pour faire face à la pléthore de kinésithérapeutes. Des changements à cet égard s'imposent. À cet effet, un sous-groupe kinésithérapie sera constitué au sein de la Commission de planification. Parallèlement, le cadastre des professionnels de la santé permettra de mesurer la force de travail réelle dans ce secteur. En outre, d'autres études sur le contingentement seront menées avec pour objectif de délai la fin de l'année.

Les modifications devront reposer sur des constats objectifs et être acceptées par tous. Pour ce qui relève des Communautés, je ne puis parler à la place de mes collègues.

05.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Je me réjouis de cette initiative concrète. Une sous-commission au sein de la commission de planification s'occupera de la kinésithérapie. Il y a également un calendrier. Je n'ai cependant pas reçu de réponse à la question de savoir ce qu'il adviendra des numéros INAMI non utilisés.

05.05 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Les trente numéros INAMI non utilisés peuvent parfaitement être attribués dans le cadre de l'actuel contingentement. La ministre devrait demander à son administration de faire preuve de diligence. L'examen s'annonce et si le cadastre n'est disponible que fin 2008, une nouvelle levée de kinésithérapeutes ne pourra pas réussir dans le cadre du contingentement adapté.

Je me réjouis de constater que la ministre est bien consciente du problème. J'insiste une nouvelle fois pour que la question soit abordée lors de la conférence interministérielle.

05.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Pour les trente numéros Inami, je reviendrai vous en parler et je vous propose d'attendre le cadastre.

L'incident est clos.

06 Question de M. Flor Van Noppen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fusion de l'Institut Pasteur avec le Département de microbiologie de l'Institut scientifique de Santé publique" (n° 1784)

06.01 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA) : L'Institut Pasteur a fusionné en 2003 avec le département de Microbiologie de l'Institut Scientifique de la Santé publique. Des accords précis devaient garantir l'autonomie et la spécificité de l'Institut. Or cette autonomie semble aujourd'hui compromise.

La fusion a-t-elle déjà été définitivement réalisée? Comment l'Institut Pasteur pourra-t-il conserver son autonomie et sa notoriété?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : J'ai rencontré les représentants de l'Institut Pasteur pour les rassurer. Je leur ai signalé qu'on ne met pas en cause leur nom en tant qu'Institut Pasteur, ni la qualité de leurs recherches, ni leur intégration dans le réseau des différents Instituts Pasteur.

Ils craignent également pour l'indépendance des chercheurs. Je leur ai proposé une adaptation de la composition du conseil de l'Institut. Ils auraient préféré ne pas être intégrés ; je veux créer un conseil scientifique qui aura pour mission de vérifier leur indépendance et de surveiller si on ne réduit pas les moyens octroyés à la recherche.

06.03 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA) : Si le nom de 'Pasteur' disparaît, c'en sera également fini du parrainage.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il n'y a aucun problème à voir travailler comme avant les Amis de l'Institut Pasteur. Il faut que toutes les réticences soient levées. L'institut poursuivra les recherches avec l'indépendance voulue et avec le nom Pasteur. On conservera les qualités de l'Institut Pasteur afin de les cumuler avec les avantages d'une intégration dans un ensemble plus grand.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Corinne De Permentier à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le taux de suicide important en Belgique et l'implication des pouvoirs publics dans la lutte contre ce phénomène" (n° 1815)

07.01 Corinne De Permentier (MR) : Chaque année en Belgique, Plus de deux mille personnes se donnent la mort. C'est un chiffre sous-évalué qui fait du suicide la première cause de décès extérieure. Il ne faut pas négliger que la prévention relève des Communautés mais nous constatons un manque d'implication des pouvoirs publics dans la prévention du suicide.

Est-ce que la prévention du suicide ne mérite pas une attention particulière ? Un plan d'action contre le suicide ne pourrait-il pas être mis en œuvre ? Existe-t-il des mesures concrètes et concertées avec les différents niveaux de pouvoir ? Si oui lesquelles ? Et ce point figure-t-il à l'ordre du jour d'une prochaine conférence interministérielle ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les compétences concernant le suicide sont divisées entre le fédéral, les Régions et les Communautés. Mais l'élaboration de propositions adéquates dans la lutte contre le suicide reste une priorité.

Il existe un groupe de travail "Suicide" au sein du sous-groupe de travail intercabinets "Taskforce service santé mentale". Ce groupe a pour missions l'élaboration d'un protocole entre l'État fédéral et les entités fédérées pour diminuer le nombre de suicides et l'élaboration d'un inventaire de toutes les initiatives existantes. C'est important car il manque une cohérence et une coordination entre les différentes actions.

Un état des lieux a été établi lors de la dernière Conférence interministérielle de la santé. Le groupe de travail considérait qu'il était trop tôt pour remettre des conclusions et qu'il avait encore besoin de procéder à des discussions préalables sur les objectifs précis. La période d'affaire courante étant close, les travaux pourront reprendre.

Le plan contre le suicide doit comporter trois éléments : la psychopharmacologie, la prise en charge thérapeutique et le suivi.

Un guide pratique, envoyé à tous les médecins généralistes et urgentistes de Belgique, fournit des recommandations concrètes pour identifier les patients suicidaires et les accompagner. Des recommandations ont également été faites pour les prescriptions de médicaments chez des patients ayant des tendances suicidaires.

Les clubs de suicide en ligne sont un phénomène très inquiétant mais qui devra, s'agissant d'internet, être examiné avec la Commission européenne et l'OMS.

Je poursuivrai l'ensemble de ces actions, même si les contacts avec les Communautés ne sont pas toujours simples.

07.03 Corinne De Permentier (MR) : Je vous remercie sincèrement pour votre implication dans ce dossier. Les Communautés ont bien un rôle à jouer en matière de prévention, mais certaines sont plus dynamiques que d'autres.

Je me réjouis de l'organisation de ces conférences et j'espère que le plan impulsé par le ministre Demotte sera mis en place avec vous.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du soutien psychologique aux brûlés" (n° 1885)

08.01 Yolande Avontroodt (Open Vld) : M. Demotte a veillé à l'époque au soutien psychologique à mi-temps de patients des centres de grands brûlés. Cette solution ne convient néanmoins pas aux patients qui habitent loin de l'hôpital. Les grands brûlés ont pourtant impérativement besoin d'un soutien psychologique et ce soutien doit également être possible pour les patients qui ne sont plus hospitalisés.

Le ministre dispose-t-il d'informations sur le nombre de patients qui ont recours à une assistance psychologique et quel est le mode de remboursement de cette assistance ?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Je suis bien consciente de l'importance que revêt l'aide psychosociale dans le cadre de la revalidation des brûlés. Les premiers résultats d'une étude sur les séquelles psychosociales de brûlures montrent que l'aide psychologique fournie dans les centres pour brûlés doit être renforcée pour réduire l'intensité et la durée du traumatisme subi par les patients.

Une étude sur les conséquences de la catastrophe de Ghislenghien a montré que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans le suivi des patients. C'est le médecin de famille qu'on consulte le plus facilement et le degré de satisfaction des patients est généralement élevé. Par ailleurs, le généraliste est très accessible et peut envoyer le patient chez un psychiatre.

L'aide psychologique apportée aux brûlés n'est actuellement pas remboursée mais certaines mutuelles règlent en partie le problème dans le cadre de l'assurance complémentaire. Le médecin généraliste peut envoyer le patient chez un psychiatre, ouvrant ainsi des possibilités de remboursement.

Sur le plan législatif, l'inscription des professionnels des soins de santé mentale dans l'arrêté royal 78 n'a pas encore donné de résultats. A mes yeux, cet arrêté constitue une condition indispensable au remboursement. J'attends l'avis du groupe de travail Soins de Santé du Conseil national des établissements hospitaliers.

08.03 Yolande Avontroodt (Open Vld) : A mes yeux, le remboursement ne dépend pas nécessairement de l'arrêté royal 78, mais peut également être réglé par une convention. L'agrément de toutes les professions dans le secteur des soins de santé mentale n'est tout de même pas nécessaire à cet effet.

La **présidente** : Nous sommes confrontés en permanence à la reconnaissance des psychothérapeutes et au remboursement en dehors des centres.

08.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il est normal que j'attende les résultats de cette étude qui est en cours.

L'incident est clos.

09 Question de M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mères porteuses" (n° 1910)

09.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Une émission de *Telefacts* a reposé le problème des mères porteuses. Il semble non seulement qu'il soit fait un usage prohibé de cartes SIS mais aussi qu'il soit recouru abusivement à la gestation pour autrui à des fins commerciales. C'est un dossier qui a déjà été abordé à plusieurs reprises au sein de cette commission et au Sénat.

Quel est le point de vue de la ministre dans ce dossier? S'est-elle déjà concertée à ce sujet avec le ministre de la Justice ? Une initiative législative va-t-elle être prise pour réprimer les abus en la matière?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Je suis au courant des abus relatifs à la carte SIS.

Le débat sur la gestation pour autrui est un débat éthique. Le Comité consultatif de bioéthique de Belgique a formulé le 5 juillet 2004 un avis sur la gestation pour autrui. Il y est stipulé que la gestation pour autrui est en principe acceptable mais qu'il convient de faire preuve d'une prudence extrême afin d'éviter les abus.

Il ne faut par ailleurs pas perdre de vue les problèmes juridiques comme la reconnaissance de maternité ou de paternité.

La gestation pour autrui n'est pas une pratique courante en Belgique mais elle existe bel et bien. Il conviendra dans les mois à venir de réglementer clairement cette matière afin d'éviter toute possibilité d'abus.

(*En français*) : Sous la législature précédente, j'avais, en tant que ministre de la Justice, travaillé avec le ministre Demotte sur un projet qui avait abouti, il me semble. Mais le Parlement souhaitait que l'initiative soit parlementaire. Je ne m'y oppose pas du tout, au contraire, et je prendrai part au débat parlementaire avec plaisir, mais la commission doit décider de ce qu'elle souhaite faire.

Pour ce qui est de la mise sur pied de moyens pour éviter des cas de fraude, la généralisation de la carte d'identité électronique et le regroupement des données devraient y mettre fin.

La **présidente** : Si vous le voulez bien, nous ferons le point des travaux au Sénat, puis nous déciderons de poursuivre ou non le travail en commission.

09.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Si le Parlement veut travailler, je veux bien donner, à titre de documentation, le résultat des travaux que j'avais réalisés au nom du gouvernement.

09.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La ministre peut-elle communiquer aux membres de la commission le projet de loi de son prédécesseur ? Il serait par ailleurs utile qu'elle-même et son collègue de la Justice – qui souhaite laisser en la matière l'initiative au Parlement – accordent leurs violons. La volonté de combattre les abus commerciaux bénéficie d'un large appui au sein de la population et doit donc être concrétisée dans les meilleurs délais. A court terme, les abus en matière de cartes SIS doivent également être évités. Nous continuerons de suivre de suivre ce dossier.

09.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Nous avons imaginé de confier le document de travail « Justice-Santé » à un groupe interparlementaire.

09.06 La présidente : Vous allez recevoir une copie de la réponse et verrez si la ministre n'a pas répondu à tout, auquel cas vous pourrez introduire une question supplémentaire pour un complément d'information.

L'incident est clos.

Président : M. Luc Goutry.

10 Question de Mme Rita De Bont à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "ses initiatives en matière de soins de santé préventifs" (n° 1926)

10.01 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Avec le plan national de lutte contre le cancer, la campagne annoncée contre l'abus d'alcool et ses initiatives dans le secteur des handicapés et des maisons de repos, la ministre s'aventure chaque fois sur le terrain des Communautés.

Estime-t-elle peut-être que les soins préventifs et curatifs devraient en fait relever du même niveau de pouvoir ? Pense-t-elle que le niveau fédéral soit le plus apte à organiser l'intégralité des soins de santé ? Les autorités fédérales disposeraient-elles de trop de moyens et souhaiteraient-elles dès lors intervenir dans des matières communautaires ? Ne serait-il pas préférable de consacrer ces moyens au secteur des soins curatifs et palliatifs, où les besoins demeurent considérables ? La ministre peut-elle purement et simplement ignorer une répartition de compétences décidée antérieurement et ancrée dans la loi ?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Mon avis personnel est le suivant : je trouve dommage que la médecine préventive soit dissociée des autres secteurs de la Santé publique.

Vous avez cité divers exemples, notamment celui des handicapés. Les allocations pour les personnes handicapées relèvent de la compétence fédérale, et quand il y a un problème de dépassement des subventions pour les MR-MRS, il est normal qu'il soit traité par l'Inami.

En ce qui concerne le cancer, la prévention relève largement des Communautés, mais les vaccins sont pris en charge par le fédéral.

Pour l'alcool, nous allons travailler ensemble sur cette problématique et un plan national contre l'usage d'alcool devra être terminé pour le mois prochain. Cette problématique relève en grande partie des Communautés, mais certains points sont de la compétence fédérale (tout comme dans le cas du tabac).

Avec mes collègues des Communautés, nous travaillons en bonne intelligence dans le respect des

compétences réciproques et je compte poursuivre dans cette voie. Par exemple, comment mettre au point un plan national contre le cancer sans aborder la question des vaccins, de l'information et de la prévention ?

10.03 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Nous partageons dès lors la conviction que les soins préventifs et curatifs doivent dépendre du même niveau de compétence. À nos yeux, ce niveau doit bien entendu être celui des Communautés. Cet élément pourrait peut-être faire l'objet de discussions au sein du groupe de travail Octopus.

L'incident est clos.

11 Question de Mme Josée Lejeune à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets indésirables du médicament antitabac Zyban" (n° 1851)

11.01 Josée Lejeune (MR) : Une étude publiée dans le *Journal of Physiology* du mois de janvier 2008, relayée par le professeur Romain Meeusen de la VUB, fait apparaître que la prise de Bupropion (composé du Zyban), combinée avec une activité physique, peut avoir des conséquences extrêmement néfastes pour la santé.

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMS) et Eudravigilance, ont-elles relevé quelqu'effet négatif de ce médicament ?

Comptez-vous prendre des mesures de prévention ou adopterez-vous d'autres réactions face à ce problème ?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'étude que vous mentionnez, effectuée chez le rat, a conclu que la résistance à l'effort était accrue lorsque celui-ci était pratiqué sous une température élevée.

Nous ignorons dans quelle mesure ces données sont transposables à l'homme.

En effet, le métabolisme du Bupropion n'est pas le même chez le rat et chez l'homme et la dose injectée chez le rat était de 17 mg/kg alors que la dose recommandée chez l'homme est de 4 à 5 mg/kg.

Selon la littérature, le principal danger lié à l'exercice et à l'hyperthermie est la déshydratation des sportifs, qui peut conduire à une insuffisance rénale.

À ce jour, les rapports d'effets indésirables transmis à l'Agence des médicaments n'ont pas mis en évidence un risque lié à une résistance accrue à l'effort des patients prenant du Bupropion. L'État membre de référence, les Pays-Bas, chargé de coordonner les activités de pharmacovigilance de ce médicament au niveau européen, ne nous a pas fait part de l'apparition d'un signal dans la base de données Eudravigilance.

Compte tenu de ces éléments, je ne pense pas qu'une mesure urgente s'impose à l'égard du Bupropion.

Toutefois, j'ai demandé à l'Agence d'inscrire ce point à l'ordre du jour de la prochaine réunion du groupe de travail "Pharmaco vigilance".

L'incident est clos.

Le **président** : Les questions n^{os} 1933 et 1938 de Mme Colette Burgeon sont reportées.

12 Question de Mme Yolande Avontrodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi réformant les cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables" (n° 1936)

12.01 Yolande Avontrodt (Open Vld) : La Commission européenne a marqué son accord sur la loi du 10 juin 2006 réformant les cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables.

Les réductions de cotisations doivent en grande partie être investies dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments. La loi a déjà été modifiée à deux reprises dans l'attente de l'accord de la Commission. Quand entrera-t-elle enfin en vigueur ?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : La loi a effectivement déjà été amendée à deux reprises mais elle n'est pas encore entrée en vigueur étant donné qu'elle doit être approuvée par la Commission, conformément à l'article 88, §3, du traité UE.

La loi modifie les cotisations sur deux plans. Il y aura une exonération de cotisation pour certaines catégories de médicaments et une réduction pour les entreprises pharmaceutiques qui investissent dans la recherche et le développement ou qui réduisent volontairement leur budget marketing ainsi que pour les petites entreprises qui investissent dans la fabrication de médicaments.

La réglementation proposée a reçu l'aval de la Commission le 30 janvier 2008. La loi entrera dès lors en vigueur dans le courant de l'année. A la demande de la Commission, quelques modifications doivent d'abord encore être apportées en ce qui concerne certaines conditions et définitions. Ce sera chose faite par le biais d'une loi sur la santé en juin 2008. Un arrêté royal doit en outre encore définir les modalités d'exécution de la loi. Le projet d'arrêté royal sera soumis en mars au comité de l'assurance. Il sera ensuite soumis au Conseil des ministres et au Conseil d'Etat. Si des problèmes de calendrier se posent, des mesures transitoires seront prises.

12.03 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Espérons qu'aucune modification ne sera apportée en matière de médicaments orphelins et que l'accord y relatif sera respecté. La dispense de cotisation est essentielle pour garantir un prix abordable de ces médicaments.

Le **président** : Madame la Ministre, quand cette "loi santé" est-elle prévue?

12.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Après le budget, Monsieur le Président.

Le **président** : Mais encore?

12.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : M. Leterme a promis que les discussions budgétaires seraient terminées, non pas ce week-end, mais le suivant.

Le **président** : Dès que vous serez informée, dites-le nous car nous devons également nous organiser en commission.

L'incident est clos.

13 Questions jointes de

- M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échelonnement modéré" (n° 1943)
- M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échec du système de l'échelonnement modéré" (n° 1956)
- Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échelonnement modéré" (n° 2000)
- M. Michel Doomst à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échelonnement modéré" (n° 2012)

13.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : L'échelonnement modéré n'est pas un succès et moins de 1 % des patients qui consultent un spécialiste sont envoyés chez ce dernier par un médecin généraliste. M. Donfut a déjà été interrogé à ce sujet. C'est aujourd'hui Mme Onkelinx qui est chargée du suivi de ce dossier.

La ministre confirme-t-elle les chiffres des mutuelles relatifs à l'échelonnement modéré? La charge administrative peut-elle expliquer la médiocrité des résultats? A-t-il déjà été procédé à une évaluation? Quelles en sont les conclusions?

La ministre a-t-elle entre temps envisagé des correctifs? La préoccupation en la matière est partagée par

tous, au-delà des clivages politiques, et j'espère que la ministre est en mesure de nous apporter des réponses concrètes.

13.02 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Le système de l'échelonnement " soft ", mis en avant à l'époque par M. Demotte, devait constituer une étape importante dans la mise en œuvre de l'échelonnement souhaité par les médecins. Le système consiste à abaisser le ticket modérateur pour la première consultation d'un spécialiste lorsque le patient a été envoyé par son médecin généraliste et dispose d'un dossier médical global. La première évaluation, qui a permis de constater que moins de 1 % de l'ensemble des consultations de spécialistes ressortissaient à ce système, donne à penser que le système pêche par excès de complexité ou par manque de notoriété.

La ministre prévoit-elle le maintien de ce système ? Le résultat justifie-t-il le surcroît de travail administratif ? Comment la ministre entend-elle accroître l'efficacité du système ?

13.03 Maggie De Block (Open Vld) : Le renvoi vers un spécialiste a déjà fait l'objet, dans le passé, de nombreuses discussions au cours desquelles nous avons plaidé pour le maintien d'un système simple et pour une communication adéquate en la matière. L'objectif consistait à conférer un rôle central au médecin généraliste et à récompenser le patient qui suivait un parcours de soins approprié.

L'échelonnement " soft " l'est peut-être trop. Même si l'on relève de petites différences entre la Flandre et la Wallonie ainsi qu'entre les différentes mutualités, les résultats sont faibles partout.

La ministre va-t-elle développer ce système ? Qu'advient-il du dossier médical global ? D'autres pistes sont-elles envisagées ? Est-il encore possible d'injecter dans le système la part importante du budget prévu pour l'échelonnement qui n'a pas été utilisée ?

13.04 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Je pense que la règle qui veut qu'on consulte d'abord le généraliste avant de se rendre chez un spécialiste constitue l'un des moyens de veiller à ce que les soins de santé restent abordables. Le Nord et le Sud du pays n'étaient pas tout à fait sur la même longueur d'onde mais M. Donfut s'attellerait à la tâche. Le chiffre de 150.000 renvois sur 23 millions de consultations ne lui est toutefois pas favorable.

Ces chiffres sont-ils exacts ? Qu'en est-il du groupe de travail annoncé qui serait chargé de procéder à une évaluation approfondie de la question ? Quelle mesure la ministre envisage-t-elle pour mieux appliquer le principe de l'échelonnement modéré ?

13.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je reviens un instant à la question précédente pour préciser que les discussions de la Commission européenne ne concernent pas les médicaments.

(*En néerlandais*) Je confirme les mauvais résultats. La ristourne n'a pour ainsi dire pas pu être accordée. Les chiffres sont bas mais, pour pouvoir procéder à une évaluation correcte, il faut évidemment établir une distinction entre les premières consultations chez un spécialiste et les consultations ultérieures.

Il y a plusieurs explications possibles à la médiocrité des chiffres. Patients et médecins sont insuffisamment familiarisés avec le système. Il existe par ailleurs en Belgique une longue tradition qui veut que les patients s'adressent directement au spécialiste. Peut-être aussi la mesure pâtit-elle d'une certaine méfiance sur le terrain, ce qui semble paradoxal puisque la plupart des généralistes souhaitent la promouvoir. Enfin, il y a les problèmes techniques et administratifs. Nous allons interroger prochainement les associations de médecins et les mutualités sur les possibilités de simplifier le système. Il ne faut pas oublier non plus que les visites chez un spécialiste ne doivent pas nécessairement être précédées d'une consultation chez un généraliste et je songe ici à la gynécologie, à la pédiatrie, à l'ophtalmologie.

Je souhaite toutefois que le généraliste reste la cheville ouvrière des soins de santé. C'est pourquoi il faut soumettre l'échelonnement modéré à une évaluation pour apporter ensuite les améliorations nécessaires.

Présidente: Mme Muriel Gerken, présidente.

13.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Je me réjouis du rôle central qu'une ministre francophone de la Santé publique entend faire jouer par le médecin généraliste. L'échelonnement doit donc être maintenu.

Malheureusement, on ne peut pas dire que le premier pas dans cette direction puisse véritablement être qualifié de succès. Nous continuerons à suivre le dossier de près et nous espérons que la ministre annoncera de nouveaux incitants.

13.07 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Je n'ai jamais attaché une importance exagérée à la question de l'échelonnement. En Flandre, 80 % des patients ont un médecin de famille attiré, de sorte que l'on ne puisse plus parler de problème structurel. Pour ce qui est des autres consultations de spécialistes, les patients ne se bousculeront pas auprès du médecin généraliste. La question se pose donc de savoir si nous devons encore prévoir des moyens supplémentaires pour un résultat aussi pauvre. Il me paraît plus sensé d'affecter ces moyens au dossier médical global, qui peut conduire à des économies bien plus importantes. Il faudra dans un proche avenir tirer les conclusions nécessaires.

13.08 Maggie De Block (Open Vld) : Il est positif qu'on cherche à améliorer le système. Sur le plan administratif, les choses étaient peut-être trop compliquées. Je me réjouis aussi que le ministre reconnaisse le rôle central du médecin généraliste. Le dossier médical global y joue également un rôle important.

13.09 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Le généraliste comme pivot des prestations de soins, tel est le point de départ. Evitons surtout de compliquer le système. En effet, il s'agit surtout d'une question de mentalité nouvelle et non de détails techniques.

L'incident est clos.

14 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les frais élevés liés aux soins palliatifs à domicile" (n° 1945)

14.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Les patients atteints d'un cancer en phase terminale ont besoin de doses très importantes d'analgésiques. Il arrive souvent que de la diamorphine ou de l'hydromorphine doive être administrée au moyen d'une pompe antidouleur. Lorsque le patient est hospitalisé ou séjourne dans une unité de soins palliatifs, ces analgésiques ne sont pas à la charge du patient mais à domicile, les frais s'accumulent et atteignent rapidement 1000 à 1500 euros par mois.

La ministre est-elle informée de cette situation ? Examinera-t-elle comment ces frais pourraient être supportés par l'assurance maladie ?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : J'ai demandé au Conseil technique pharmaceutique de préparer un dossier relatif à la préparation magistrale de diamorphine et ce point sera à l'ordre du jour au mois de mars. Je demanderai également au Conseil de préparer un dossier relatif à la consommation magistrale d'hydromorphine. Si l'avis du Conseil est positif, ces médicaments pourront être remboursés par l'assurance maladie.

Le forfait palliatif de 491,22 euros peut servir à compenser les frais élevés.

14.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Il est encourageant de constater que ce dossier sera examiné dès le mois de mars. Le forfait palliatif est essentiellement conçu pour couvrir d'autres frais que l'acquisition de médicaments.

L'incident est clos.

15 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins pharmaceutiques dans les maisons de repos" (n° 1946)

15.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Une résolution sur l'aide pharmaceutique dans les maisons de repos a été adoptée sous la législature précédente. Cette résolution visait à renforcer le rôle du médecin coordinateur et conseiller (MCC) et à tendre vers une application plus stricte du formulaire. Elle préconisait également l'instauration d'un dossier médical électronique par résident.

La ministre admet-elle la gravité du problème ? Le traitera-t-elle en priorité ? Quelles mesures concrètes

peut-elle déjà annoncer ?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Le rôle du MCC est défini dans les normes de reconnaissance fédérales. Cette fonction n'existe actuellement que dans les maisons de repos et de soins. Le MCC est chargé de la coordination de la politique de soins, en concertation avec les médecins traitants. Cette tâche consiste également à élaborer le formulaire pharmaceutique. J'estime qu'il convient d'adapter le rôle du MCC.

La Commission médico-mutualiste s'est engagée à développer encore ce rôle.

Une étude réalisée en 2006 par le centre d'expertise formule une série de recommandations concernant la consommation de médicaments dans les maisons de repos. Un montant de 600.000 euros a été inscrit au budget de l'INAMI pour la réalisation d'une étude concernant la qualité des soins dispensés dans le secteur des maisons de repos et mettant notamment l'accent sur l'importance d'une politique médico-pharmaceutique efficace. Le problème de la distribution des médicaments sera étudié dans le cadre d'un certain nombre de projets pilotes.

15.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Je salue la volonté de la ministre de s'atteler rapidement à la tâche. Il importe essentiellement de préciser le rôle du MCC. En fin de compte, la diminution de la consommation de médicaments par les seniors devrait constituer une priorité.

L'incident est clos.

16 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la définition de la notion de médicaments bon marché" (n° 1947)

16.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : L'arrêté royal de septembre 2005 dispose que les médecins doivent prescrire un pourcentage déterminé de médicaments bon marché, tels que les médicaments génériques ou les médicaments de marque qui ont abaissé leurs prix. Dans la pratique, il apparaît toutefois que ces médicaments de marque ne sont pas toujours les moins chers. Certains médecins semblent avoir, à tort, le sentiment qu'ils sont aussi bon marché que les médicaments génériques.

La ministre est-elle d'accord pour dire que l'arrêté royal ne garantit nullement ce sont les médicaments les moins chers qui sont prescrits ? Adaptera-t-elle l'arrêté royal ? Quelles mesures envisage-t-elle de prendre encore pour faire baisser les prix plus avant ?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : La loi n'oblige effectivement pas le pharmacien à délivrer le médicament le moins cher mais à délivrer des médicaments qui sont considérés comme bon marché, c'est-à-dire sans supplément par rapport au ticket modérateur. Il est de la responsabilité du pharmacien de délivrer le médicament de substitution moins onéreux dans l'intérêt du patient et de la sécurité sociale.

Le système du remboursement de référence a permis de diminuer le prix de certains médicaments de marque et cette diminution a entraîné à son tour une réduction du prix de certains médicaments génériques.

L'obligation imposée aux médecins de prescrire un pourcentage minimum de médicaments bon marché a donné des résultats. En prescrivant un médicament en fonction de la substance active, le médecin ne doit pas vérifier à chaque fois s'il existe un générique de substitution. Dans ce cas, c'est au pharmacien qu'il incombe de délivrer le médicament bon marché. J'espère que l'on induira ainsi un réflexe général.

Les données relatives au mois d'août 2007 font apparaître que le pourcentage des médicaments bon marché prescrits augmente chaque année et qu'il s'élève aujourd'hui à 41,3 %. Parmi ces médicaments, 58 % sont des génériques et des copies. Les médicaments de marque à prix réduit représentent 48 % alors que les prescriptions de médicaments coûteux sur la base de la substance active ne représentent que 21 %.

Je vais suivre attentivement l'évolution de la situation et prendre au besoin de nouvelles initiatives. Je réévaluerai les effets de la mesure.

Il est important d'informer régulièrement les médecins. Les sites internet de l'INAMI du Centre belge d'information pharmaceutique leur proposent des informations sur les médicaments bon marché. Ces informations leur sont également envoyées annuellement par le biais de Memento-pharma.

L'accord national conclu entre les médecins et les mutualités prévoit la reprise de la concertation entre les médecins et les pharmaciens. L'INAMI suit l'évolution des dépenses en médicaments et un rapport est régulièrement soumis à la Commission de remboursement des médicaments et à la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs. Les entreprises pharmaceutiques sont également associées à la concertation.

16.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Chacun est conscient de la nécessité de poursuivre le débat sur la maîtrise des prix des médicaments. Dans le cas contraire, je crains que les résultats se perdent rapidement. Il semble, en effet, que les prix ont bel et bien diminué mais que les volumes augmentent et que les prescriptions sont donc plus nombreuses. Dès lors, il faut continuer d'intervenir en matière de prix pour maîtriser le budget.

Le pharmacien ne peut choisir lui-même le produit le moins cher que si le médecin a prescrit un remède en dénomination commune internationale. Les pharmaciens n'ont pas, en effet, de droit de substitution.

L'incident est clos.

17 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nouvelle composition du Conseil national de l'art infirmier" (n° 1948)

17.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Le Conseil national de l'art infirmier doit être renouvelé tous les six ans. Le Conseil est déjà dissous depuis octobre 2007 et son fonctionnement est complètement paralysé. Un arrêté royal fixant sa nouvelle composition doit toutefois être publié avant que ce Conseil ne puisse reprendre ses activités.

Où en sont les travaux préparatoires de cet arrêté royal et quand sera-t-il publié ?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les mandats des membres du Conseil national de l'art infirmier sont terminés depuis le 10 octobre mais, pour offrir une sécurité aux personnes concernées, la commission d'agrément de ce conseil continue à traiter les demandes d'enregistrements des nouveaux praticiens et les demandes des porteurs d'un titre professionnel particulier.

Un projet de nomination avait été préparé mais celui-ci doit tenir compte d'une série de dispositions légales. Il s'est avéré qu'une organisation, pourtant active sur le plan national, n'avait présenté que des candidats francophones, c'est pourquoi il lui a été demandé d'adapter ses candidatures. Les nouvelles candidatures introduites étaient à nouveau déséquilibrées sur le plan linguistique. L'administration va se concerter avec le président de cette organisation pour arriver à des candidatures qui respectent le prescrit.

L'incident est clos.

18 Question de Mme Rita De Bont à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les décès en psychiatrie" (n° 1954)

18.01 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Il ressort de la réponse donnée par le ministre précédent à une question orale sur le même sujet que des informations divergentes circulent à propos du nombre de décès survenus en psychiatrie.

Combien de décès ont-ils été enregistrés chaque année dans les hôpitaux psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux au cours de la période 1998-2007 ?

Combien de ces décès sont-ils imputables à des causes naturelles et combien à des causes non naturelles ? Parmi ces derniers, combien ont-ils été enregistrés en tant que suicides et homicides, et dans combien de

cas la cause du décès était-elle inconnue ?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Selon des données fournies par le Service des soins psychosociaux, le nombre de décès dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux est passé de 682 en 1998 à 477 en 2004. On a par ailleurs dénombré 725 décès en 1999, 614 en 2000, 548 en 2001, 514 en 2002 et 587 en 2003. Sur les 477 patients décédés en 2004, 371 ont connu une mort naturelle et 98 une mort non naturelle. La cause du décès était inconnue pour les huit patients restants. Sur les 98 décès non naturels, neuf étaient dus à un accident et 89 à un suicide.

Le nombre de décès dans les hôpitaux psychiatriques est passé de 572 en 1998 à 388 en 2004. On a par ailleurs dénombré 622 décès en 1999, 508 en 2000, 458 en 2001, 422 en 2002 et 490 en 2003. Sur les 388 patients décédés en 2004, il y a eu 302 cas de mort naturelle et 80 cas de mort non naturelle. La cause du décès était inconnue pour les six patients restants. Sur les 80 décès non naturels, sept étaient dus à un accident et 73 à un suicide.

Le nombre de décès dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux est passé de 110 en 1998 à 89 en 2004. On a par ailleurs dénombré 103 décès en 1999, 96 en 2000, 90 en 2001 et 92 en 2003. Sur les 89 patients décédés en 2004, il y a eu 69 cas de mort naturelle et 18 cas de mort non naturelle. La cause du décès était inconnue pour les deux patients restants. Sur les 18 décès non naturels, deux étaient dus à un accident et 16 à un suicide.

L'incident est clos.

19 Question de M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de Rilatine" (n° 1972)

19.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Selon le bureau d'études IMS, la consommation de Rilatine a doublé dans notre pays au cours des cinq dernières années. De plus en plus d'enfants consomment ce médicament sans que le diagnostic du ADHD n'ait été posé. Le fait que la moitié des doses prescrites n'ont pas été remboursées par l'assurance maladie le prouve.

La ministre dispose-t-elle de chiffres confirmant cette augmentation de la consommation ? Dispose-t-elle de données indiquant que de plus en plus d'enfants consomment de la Rilatine sans motif valable ? Ne conviendrait-il pas d'édicter des directives plus sévères en ce qui concerne la prescription de la Rilatine ? La ministre envisage-t-elle de lancer une campagne de dissuasion en la matière ?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : La Rilatine est le nom d'un médicament composé de méthylphénidate. Il s'agit d'un stimulant du système nerveux central, remboursable selon le chapitre 4, ce qui signifie que le patient doit remplir des critères stricts basés sur des directives internationales. Le méthylphénidate est également commercialisé sous le nom de « Concerta », médicament non remboursable.

Une comparaison entre le nombre de doses remboursées et les données de vente de Rilatine dans les pharmacies révèle que la partie remboursable a fortement augmenté depuis 2004 pour atteindre 53 pour cent environ de la consommation totale.

L'Inami ne dispose pas de données attestant que plus d'enfants prennent de la Rilatine sans que le TDAH ait été détecté chez eux.

Je suis en faveur d'une campagne visant à déconseiller la prise de Rilatine, plus particulièrement en ce qui concerne les indications non remboursables. Une telle campagne aurait pour objectif d'attirer l'attention des médecins et des parents sur les risques liés à la consommation de Rilatine, comme indiqué dans la notice.

19.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Existe-t-il déjà des projets concrets pour cette campagne ? Un calendrier est-il déjà fixé ? Une concertation a-t-elle eu lieu avec les Communautés ?

19.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : On est en train d'étudier comment et avec qui le faire.

L'incident est clos.

20 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étiquetage des aliments" (n° 1997)

20.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : La Commission européenne a proposé une révision de l'étiquetage des aliments afin d'aider le consommateur à choisir en connaissance de cause. Le commissaire européen compétent veut élargir les règles d'étiquetage à des produits non-préemballés, y compris les repas au restaurant.

La réglementation européenne n'oblige toutefois pas les producteurs à indiquer l'origine des produits. S'ils l'indiquent quand même, cette information ne peut pas être trompeuse.

Les organisations de consommateurs sont déçues par ces propositions, qu'elles estiment confuses. Quelle est la position de la ministre face à la suggestion des organisations de consommateurs d'indiquer la valeur nutritive des produits par le biais d'une seule mention bien lisible ?

La ministre envisage-t-elle d'aborder cette problématique lors d'une prochaine concertation européenne des ministres de la Santé ? Quand la décision finale relative à ces propositions sera-t-elle prise ?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Une révision de la réglementation actuelle est effectivement nécessaire. Il est exact que la majorité des consommateurs lisent et comprennent difficilement les étiquettes des produits alimentaires. Les informations relatives à la valeur nutritive doivent pourtant aider le consommateur à faire des choix plus sains. Un meilleur étiquetage est dès lors l'un des objectifs du Plan national Nutrition Santé lancé par mon prédécesseur. Récemment, le SPF Santé publique et le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC) ont publié une brochure à ce sujet, qui figure également sur leur site internet.

La Commission européenne a proposé de revoir la réglementation actuelle. Cette proposition sera examinée avec tous les ministres compétents au sein du Parlement européen et du Conseil. Je ne puis toutefois préciser de calendrier étant donné que l'organisation des ordres du jour ne relève pas de la Belgique.

20.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : La ministre reconnaît le problème. Je me réjouis de prendre connaissance de la proposition européenne et j'espère que la ministre nous transmettra toutes les informations des instances européennes.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 19.