

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 11 MAART 2008

Namiddag

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

du

MARDI 11 MARS 2008

Après-midi

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.50 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan eiceldonoren" (nr. 2230)

01.01 Yvan Mayeur (PS): Op het stuk van de medische begeleiding bij de voortplanting doen zich een aantal problemen voor, met name met betrekking tot de donatie van gameten.

Vandaag kampt ongeveer één op zes Belgische koppels met vruchtbaarheidsproblemen. Jaarlijks doen meer dan 15.000 koppels een beroep op vruchtbaarheidshormonen met het oog op een in-vitrofertilisatie. Spermadonatie mag dan wel wijdverbreid zijn, eiceldonatie blijft zeldzaam. Sommige Europese landen kennen eiceldonoren een vergoeding toe teneinde die praktijk te bevorderen. Dat voorbeeld heeft blijkbaar sommigen in ons land op ideeën gebracht. Een vruchtbaarheidskliniek in Leuven was blijkbaar voornemens via een doorgedreven communicatiecampagne studentes te ronselen om tegen een vergoeding van 750 euro eicellen af te staan. De meningen over die kwestie zijn verdeeld. Er werden ernstige bezwaren geuit met betrekking tot deze praktijken, met name wegens de lichamelijke en psychologische gevolgen die ze vooral voor deze jonge, kwetsbare doelgroep kunnen hebben.

U hebt duidelijk gesteld dat de wet dergelijke praktijken niet toeliet. Wat is thans de gemiddelde wachttijd om voor eiceldonatie in aanmerking te komen en hoe kan die termijn worden ingekort? Acht u het momenteel noodzakelijk dat de federale overheid een nationale informatiecampagne op touw zet inzake de medisch begeleide voortplanting en de donatie van gameten? Zal er gerechtelijk worden opgetreden tegen de mercantiele aanpak van die Leuvense vruchtbaarheidskliniek die niet met de geest van de wet strookt? Wat vindt u over het algemeen van de praktijken die in onze buurlanden worden toegepast?

01.02 Minister Laurette Onkelinx: De gemiddelde wachttijd om voor een eiceldonatie in aanmerking te komen, schommelt tussen 1 en 2 jaar. Dat heeft alles te maken met het feit dat de eicelpunctie en de hormoonstimulatie zeer zwaar zijn voor de eiceldonor, en met de almaar toenemende vraag. Om die termijn in te korten, moet er nagedacht worden over de mogelijkheden om meer vrouwen ertoe aan te zetten eicellen te doneren. U heeft het gehad over sensibiliseringscampagnes. Men zal moeten nagaan wat de mogelijkheden in dat verband zijn. Voorts moeten de oorzaken van de verhoogde vraag achterhaald worden en moet die vraag gecontroleerd worden. Wat de naleving van de wet van 6 juli 2007 betreft, mag men geen handel drijven. Men mag echter wel de kosten ten laste nemen die verbonden zijn aan de donatie van gameten. Deze wet voorziet niet in een bepaling op grond waarvan de uitvoerende macht inspecteurs kan aanstellen die ertoe gemachtigd zijn de naleving van de wet te controleren en om de vastgestelde overtredingen te verbaliseren. Ik zal de nodige maatregelen treffen om ervoor te zorgen dat deze bevoegdheid wordt toegekend aan de inspectiedienst van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. In Frankrijk zijn de donaties gratis. Er is wél een vergoeding voor gemaakte kosten.

In Duitsland zijn dergelijke donaties verboden. In Nederland gebeurt het doneren van eicellen anoniem en zijn de donaties ook gratis en wordt er ook een kostenvergoeding betaald.

01.03 Yvan Mayeur (PS): Indien er maatregelen worden genomen om overtredingen van de wet te strafrechtelijk te vervolgen, is dat een goede zaak.

De **voorzitter**: Wij mogen verwachten dat deze materie aan bod zal komen in het toekomstige ontwerp van programmawet.

01.05 01.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De materie zal normaal worden geregeld bij een wetsontwerp houdende diverse bepalingen.

De **voorzitter** : Wij zullen u daaraan herinneren en, indien nodig, een amendement indienen.

01.05 Yvan Mayeur (PS): Inderdaad.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van de heer Joseph George aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tarifiering van de derdebetalersregeling in het kader van het akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen" (nr. 2356)

02.01 Joseph George (cdH): De derdebetalersregeling wordt door veel tandartsen toegepast, met name in kansarme buurten. Kan dat niet bestempeld worden als medische preventie en als middel om de strijd aan te binden tegen bepaalde vormen van sociale uitsluiting?

In het kader van de overeenkomsten tandheelkundigen - ziekenfondsen 2007 – 2008, is er sprake van een beperking van de toegang tot dat systeem. Wat is uw mening over de huidige situatie?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Zoals ik al had aangegeven in mijn antwoord op dezelfde vraag van mevrouw Gerkens, vloeit het ontwerp van koninklijk besluit ter beperking van de derdebetalersregeling bij tandartsen voort uit de overeenkomst tandheelkundigen - ziekenfondsen die sinds 1 januari 2007 van kracht is. Ik ben door deze beslissing aan handen en voeten gebonden.

Door die beperking wensen de ondertekenaars van de overeenkomst misbruik tegen te gaan met betrekking tot het begrip "financiële nood".

Wat het dossier ten gronde betreft, wordt het principe van de derde betaler niet in twijfel getrokken, wel integendeel. De voorgestelde oplossing voorziet, zodra een bepaald percentage overschreden wordt, in een procedure voor een commissie die belast is met het onderzoek naar de redenen van de overschrijding. Indien de derdebetalersregeling wordt toegepast, zal de tandarts geen sanctie worden opgelegd.

Ik herhaal eveneens dat dit systeem in het leven werd geroepen op verzoek van de ziekenfondsen, die trouwens de meest fervente voorstanders van de derdebetalersregeling zijn.

In het licht van het voorafgaande zie ik geen enkele geldige reden om de overeenkomst niet toe te passen. Ik zal de toepassing van dat besluit nauwgezet volgen.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Joseph George aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dienst cardiologie" (nr. 2357)

03.01 Joseph George (cdH): Uw voorganger werd ertoe gebracht maatregelen te treffen met betrekking tot de hervorming van de centra voor ziekenhuiscardiologie. Er werd bepaald dat de activiteiten B2 en B3 die de zware chirurgie inzake cardiologie beogen, zouden worden samengebracht op een dertigtal locaties. Dat betekende dat hoewel de patiënten dan wel hun gebruikelijke cardioloog verder konden blijven raadplegen op

de andere sites, in die ziekenhuizen ten gevolge van die maatregelen mogelijk geen zwaardere operaties meer zouden worden uitgevoerd. De Raad van State heeft deze besluiten tweemaal vernietigd, zodat wij niet weten hoe de toekomst eruit ziet voor de beheerders van de ziekenhuizen, voor de patiënten en voor iedereen die gezondheidsproblemen heeft. Bent u van plan dit dossier ernstig aan te pakken? Welke oplossingen overweegt u? Het evenwicht tussen de door de regionale ziekenhuizen verzekerde diensten en de grote ziekenhuiscentra staat op het spel.

03.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): U volgt dit dossier op de voet, en dat begrijp ik want het is moeilijk. De Raad van State heeft beslissingen vernietigd die door mijn voorganger werden genomen. Ik ga de tijd nemen om de zaken degelijk te doen. Er wordt mij op dit ogenblik voorgesteld een wijziging aan te brengen in artikel 24 dat de exploitatie regelt van het programma "cardiale pathologie B" op verschillende sites. Deze wijziging zou tot doel hebben de verwarring weg te nemen die bestaat tussen dit artikel 24 en artikel 76 sexies van de wet op de ziekenhuizen die ook de programmatie en de erkenning beoogt in geval van exploitatie op verschillende sites. Het is zaak de mogelijkheid te beogen om associaties op te zetten tussen programma's op verschillende sites, op voorwaarde dat elke site alle bepalingen naleeft. We werken er op dit ogenblik aan. Ik wacht op de voorstellen, maar voor de meer globale hervorming zal ik mijn tijd nemen!

03.03 **Joseph George** (*cdH*): U heeft gelijk dat u er de tijd voor neemt. We zitten nog altijd in de onzekerheid en dat is een nadelig voor de verschillende actoren. Het is dus de moeite waard om de nodige tijd uit te trekken voor het nemen van de juiste beslissing.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zoutgehalte in de voeding" (nr. 2505)

04.01 **Maya Detiège** (*sp.a-spirit*): Zout is een stille vijand van ons allemaal. Een volwassene in goede gezondheid mag per dag maximum 8,75 gram zout eten. Mochten we de Wereldgezondheidsorganisatie volgen, zou dit maar 6 gram zijn. Het dagelijkse zoutgebruik in België schommelt rond de 8 à 9 gram. De meeste mensen hebben geen idee van de hoeveelheid zout die ze dagelijks innemen. Er worden bijvoorbeeld steeds meer kant-en-klare maaltijden geconsumeerd. Het zoutgehalte wordt heel vaak onvoldoende duidelijk aangegeven.

Grote hoeveelheden natrium in het lichaam kunnen op lange termijn nadelige gevolgen hebben, zoals hypertensie. De hoge zoutwaarde in brood- en bakkerijproducten, gezonde ontbijtgranen en kaasproducten is verontrustend.

In de EU engageerden verschillende landen zich om het zoutgehalte terug te dringen tot een aanvaardbaar niveau. Van het zout dat wij innemen is 80 procent toegevoegd aan producten.

Hoe denkt de minister een oplossing te kunnen bieden die producenten duidelijk maakt dat dit niet kan?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Ik deel de bezorgdheid over het zoutgehalte in voeding en het zoutverbruik in België. De voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad worden momenteel herzien. De maximale zoutinname zou moeten worden verlaagd in overeenstemming met de internationale aanbevelingen. Mijn voorganger heeft in 2006 het voedings- en gezondheidsplan gelanceerd. De vermindering van de zoutinname is daarin opgenomen als een van de zes voedingsdoelstellingen.

In juli 2007 werd een werkgroep zoutreductie in de voedselketen opgericht. Tegen einde maart verwachten wij concrete maatregelen van alle betrokken sectoren. Als deze vrijwillige aanpak niet het gewenste resultaat oplevert, worden andere strategieën uitgewerkt, waaronder reglementerende maatregelen. Deze aanpak ligt volledig in de lijn van de aanbevelingen van internationale instanties.

Uit gegevens van de voedselconsumptiepeiling die in 2004 werd uitgevoerd bij de bevolking ouder dan 15 jaar, blijkt dat 80 procent van de personen boven de aanbeveling van de WGO zit. Bovendien is dit cijfer nog onderschat omdat er geen rekening werd gehouden met het zout dat toegevoegd wordt door het individu thuis of op restaurant.

In het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan 2008 zal een studie worden uitgevoerd waarbij de totale zoutinname exact kan worden gekwantificeerd. De voedselconsumptiepeiling geeft ook aan welke voedingsmiddelen het meest bijdragen tot de zoutinname.

Sinds 1985 is het zoutgehalte in brood beperkt tot maximum 2 procent op de hoeveelheid droge stof. De resultaten van de controles van het FAVV wijzen echter uit dat de realiteit van de norm afwijkt. De beroepsfederaties hebben in de werkgroep zoutreductie aangegeven dit probleem direct proactief aan te pakken. Het is een goede zaak dat de Europese commissie zoutreductie als prioriteit naar voren heeft geschoven in het raam van haar witboek inzake voeding en gezondheid. België neemt eveneens deel aan het onlangs opgezette zoutactienetwerk van WGO Europa.

04.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Dit klinkt heel positief. Komt er een evaluatie als men niet vrijwillig meewerkt? Is er al voorzien in een planning? Omdat heel wat mensen hun brood graag lekker hebben, zijn bakkers geneigd om het zoutgehalte hoog te houden. Ik zou graag de garantie hebben dat ze zich aan hun woord zullen houden.

04.04 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Ik wacht op de resultaten van de werkgroep. Als er geen concrete beslissingen zijn, zal ik zelf nieuwe normen voorstellen.

04.05 De voorzitter : De zoutkwestie kwam ook aan bod in het rapport dat we opgesteld hebben in verband met het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan. We hebben nog heel wat werk voor de boeg.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Linda Vissers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van de permanente vorming in de ambulanciersscholen" (nr. 2538)

05.01 Linda Vissers (Vlaams Belang): Het koninklijk besluit van 13 februari 1998 bepaalt dat een hulpverlener-ambulance jaarlijks 24 uur permanente vorming moet volgen en een vijfjaarlijkse evaluatie moet ondergaan om zijn 100-badge te behouden. De permanente vorming staat open voor kandidaat-hulpverleners die werken bij een 100-erkende ziekenwagendienst of kan worden gevolgd met toestemming van de provinciale gezondheidsinspecteur. Elke ambulancierschool biedt ook een eigen, door de gezondheidsinspecteur goedgekeurd programma aan.

Op 14 juni 2007 vond op de FOD Volksgezondheid een overlegvergadering plaats met alle ambulancierscholen, waarop een nieuw voorstel voor de organisatie van de permanente vorming werd besproken. De afspraak was dat de FOD op 1 januari 2008 een rondzendbrief zou versturen om het nieuwe systeem toe te lichten.

Staat de inhoud van deze rondzendbrief al vast? Wanneer zullen de scholen de brief ontvangen? Is er al een nieuwe ingangsdatum bepaald? Kan de minister de richtlijnen van de brief toelichten?

05.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De hervorming die de opleiding van de hulpverleners-ambulanciers wil verbeteren, werd voor advies voorgelegd aan de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. De evaluatie van de kostprijs moet nog worden afgerond en moet samengaan met een planning voor een bruikbare aanwending.

Het versturen van de rondzendbrief vóór het einde van het eerste semester van 2008 valt zeker te overwegen, net als het van start laten gaan van de opleiding volgens de nieuwe principes vóór 1 januari 2009. Die nieuwe principes hebben betrekking op de lijst van verplichte onderwerpen, op de evaluatie en op het gebruik van simulatiepoppen.

05.03 **Linda Vissers** (Vlaams Belang): De scholen zullen deze rondzendbrief zeker toejuichen. Zo zal er uniformiteit zijn.

Het incident is gesloten.

06 **Vraag van de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het behoud van het universitair karakter van de openbare ziekenhuizen van Charleroi" (nr. 2547)**

06.01 **Olivier Chastel** (MR): Het koninklijk besluit van 7 juni 2004 heeft geen gevolgen voor de ziekenhuizen (waaronder dat van Charleroi) die op grond van de voorwaarden van het koninklijk besluit van 14 november 1978 tot universitair ziekenhuis of universitaire ziekenhuisdienst werden aangewezen. Niettemin vreest de sector dat het onderscheid tussen universitaire bedden van de universitaire ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties en universitaire ziekenhuiszorgprogramma's op termijn onhoudbaar wordt. Het verlies van die benaming zou dramatische gevolgen hebben, zowel voor het medische korps als voor het imago van het CHU van Charleroi bij de bevolking.

Kan u de interpretatie van die twee besluiten bevestigen en heeft de regering het voornemen om de aanwijzingen tot universitair ziekenhuis of universitaire ziekenhuisdienst op grond van het koninklijk besluit van 1978 te behouden? Wordt er onderzocht of er door een wetswijziging meer rechtszekerheid kan worden geschapen en zo ja, wat houdt die precies in? Zal er eerlang met de diverse actoren overleg worden gepleegd teneinde de sector gerust te stellen?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Het koninklijk besluit van 7 juni 2004 heeft voorrang op het koninklijk besluit van 14 november 1978, maar alle universitaire diensten die op grond van dat koninklijk besluit zijn aangewezen, behouden hun benaming van universitaire ziekenhuisbedden. Dat is steeds de bedoeling van de regering geweest.

Alvorens een wetswijziging te kunnen overwegen, moet men het resultaat afwachten van het beroep dat bij de Raad van State werd ingesteld tegen het koninklijk besluit van 17 november 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 7 juni 2004.

06.03 **Olivier Chastel** (MR): Met uw antwoord bevestigt u het standpunt van uw voorganger. Het verheugt me dat de tweehonderd universitaire ziekenhuisbedden van de ULB in de provincie Henegouwen behouden blijven.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vraag nr. 2595 van de heer Goutry over de evaluatie van het kiwimodel werd ingetrokken en de vraag nr. 2630 van mevrouw Muylle over de provinciale geneeskundige commissies wordt naar volgende week verschoven.

Het incident is gesloten.

07 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "myelodysplasie" (nr. 2710)**

07.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Ongeveer 300.000 mensen ter wereld lijden aan myelodysplasie. Bij deze hematologische aandoening ontwikkelen de bloedcellen in het beendermerg zich niet tot rijpe cellen, maar blijven steken in het blaststadium. Daardoor wordt de gewone celontwikkeling onderdrukt. Elk jaar komen er 10.000 tot 20.000 nieuwe gevallen van myelodysplasie bij. De overlevingskansen lopen uiteen van zes maanden tot zes jaar. De patiënten zijn aangewezen op bloedtransfusies, waardoor zij dan weer ijzertoxiciteit kunnen ontwikkelen.

Er worden momenteel studies verricht met een nieuw geneesmiddel, Revlimid. Dat medicijn wordt echter nog niet terugbetaald. De patiënten worden behandeld met de doses die gratis ter beschikking worden gesteld van oncologen.

Is de minister op de hoogte van het bestaan van deze therapie? Kan het geneesmiddelen worden

opgenomen in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De Amerikaanse Food and Drug Administration heeft Revlimid op 28 december 2005 geregistreerd voor de behandeling van myelodysplasie karyotype 5q. Het European Medicines Agency (EMA) heeft toegestaan dat Revlimid op de markt kwam voor de behandeling van myelomen, maar nog niet voor myelodysplasie. Het Committee Medicinal Products for Human Use bestudeert momenteel de toelating voor de behandeling van myelodysplasie.

Zolang er geen toelating is van het EMA kan er geen terugbetalingsaanvraag worden ingediend en kan de commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen geen terugbetalingsprocedure opstarten. Er werd trouwens nog geen dossier ingediend.

07.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Dit antwoord verklaart een en ander. Het was voor de patiënten en oncologen immers niet duidelijk waarom het medicijn niet werd terugbetaald.

Het incident is gesloten.

De voorzitter: De heer Arens heeft mij meegedeeld dat hij zijn vraag nr. 2713 betreffende het medisch aanbod vandaag niet zal stellen.

07.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat is een interessante vraag, maar ze werd mij al vijf maal gesteld. Ik probeer coherent te zijn en elke keer hetzelfde antwoord te geven.

08 **Vraag van mevrouw Véronique Salvi aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aanrekenen van te hoge kosten voor patiënten met een hospitalisatieverzekering" (nr. 2714)**

08.01 **Véronique Salvi** (cdH): Volgens verscheidene kranten hebben personen die in het ziekenhuis moeten worden opgenomen, er belang bij te zeggen dat ze geen hospitalisatieverzekering hebben. Bepaalde ziekenhuizen rekenen immers supplementen aan wanneer ze weten dat de patiënt daarvoor verzekerd is. Die praktijken werden in het verleden al aan de kaak gesteld.

Het lijkt me interessant uw standpunt daarover te kennen. Werden er al maatregelen genomen om paal en perk te stellen aan dat soort praktijken, en met welk resultaat? Hebben patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen, de mogelijkheid niet op zo een vraag te antwoorden?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat probleem werd al meermaals aan de kaak gesteld. De getuigenissen in dat verband zijn één ding, maar een duidelijk verband leggen tussen het bestaan van een particuliere hospitalisatieverzekering en het aanrekenen van supplementen is nog een andere zaak. Het is moeilijk, zo niet onmogelijk, om dat verband te leggen. Heel wat ziekenhuizen stellen die vraag op het ogenblik van de opname, met als doel in te kunnen schatten of de patiënt de factuur zal kunnen betalen, waarvan het bedrag sterk wordt beïnvloed door, bijvoorbeeld, de keuze voor een individuele kamer.

Ik kan echter niet bevestigen dat die praktijk tot het systematisch opdrijven van het factuurbedrag leidt, aangezien ik niet over de nodige objectieve en kwantificeerbare elementen beschik en daarover ook in de toekomst niet zal kunnen beschikken.

Bovendien kan ik in deze geen dwingende maatregelen nemen, aangezien deze praktijken de ziekteverzekering geen nadeel berokkenen, tenzij er natuurlijk onnodige onderzoeken en verstrekkingen plaatsvinden, maar in dat verband bestaan er al ad-hoccontrolemechanismen.

Het is dringender regelgevend op te treden met betrekking tot de honorariumsupplementen.

Verzekerden en niet-verzekerden moeten daarentegen de best mogelijke behandeling krijgen met een minimum aan honorariumsupplementen. Er werden reeds initiatieven genomen met betrekking tot de reglementering voor de patiënten in een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer, en zelfs, in bepaalde gevallen, in een eenpersoonskamer. Maar het lijkt me belangrijk om nog verder te gaan.

Het akkoord artsen-ziekenfondsen bevat ter zake een aantal interessante bepalingen, wat bewijst dat men zich van het probleem bewust is geworden. Ik wil het overleg dus alle kansen geven, maar blijf niettemin waakzaam.

08.04 08.03 **Véronique Salvi** (cdH): Ik ben ook van oordeel dat men de problemen via overleg zal kunnen oplossen.

Het zou interessant zijn om na te denken over de informatie die dadelijk bij de opname van de patiënten in het ziekenhuis wordt verstrekt. Uit Europese studies blijkt dat die informatie in ons land te wensen overlaait.

De voorzitter: Het zou interessant zijn om te onderzoeken welke documenten de patiënten in verband met de facturatie, de prijzen, enz. bij hun opname ontvangen.

08.05 08.04 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): De heer Gilkinet stelt een vraag over deze problematiek.

De voorzitter: Die vraag nr. 2726 van de heer Gilkinet over de honoraria van geneesheren wordt naar het einde van de vergadering of naar volgende week verschoven. Dat geldt ook voor vraag nr. 2728 van mevrouw Smeyers. Vraag nr. 2724 van de heer Brotcorne wordt in een schriftelijke vraag omgezet en vraag nr. 2759 van mevrouw Avontroodt over radioactief staal zal in de commissie voor de Binnenlandse Zaken worden gesteld.

09 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "chronisch nierlijden" (nr. 2760)**

09.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): In het Europees Parlement werd aandacht gevraagd voor chronische nierlijders. Tot mijn verbazing blijkt 10 procent van de Europese bevolking aan een of andere nierkwaal te lijden. Weer worden we geconfronteerd met onvoldoende informatie en preventie, te trage diagnose en tegelijk een aantal maatregelen om de problemen aan te pakken.

Aangezien de minister zal werken met een aantal gezondheidsdoelstellingen, vraag ik haar om ook een nationale gezondheidsdoelstelling te formuleren met betrekking tot chronische nierkwalen. Het Verenigd Koninkrijk besteedt momenteel 2 procent van zijn volksgezondheidsbudget aan nierdialyse en men vreest een verdubbeling. Er zijn dus echt argumenten om de toegang tot de niertransplantatiezorg en de vroegdiagnose te verbeteren.

Kan de minister het probleem van de chronische nierkwalen en nierdialyse en –transplantaties schematisch of cijfermatig weergeven? Weet zij hoeveel nierpatiënten wachten op een transplantatie? Kan zij reeds resultaten meedelen van de recente federale voorlichtingscampagne? Ondersteunt zij de oproep van de European Kidney Health Alliance om dit probleem op Europees niveau aan te kaarten? Zal zij in overleg met de Gemeenschappen maatregelen kunnen nemen inzake snelle diagnose en registratie?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Nederlands): Recente studies tonen aan dat nierlijden op wereldniveau voorkomt bij een op tien volwassenen. In België hebben 500.000 mensen een nierziekte, in 2006 waren 10.000 mensen in behandeling voor het eindstadium van nierfalen door middel van dialyse of niertransplantatie. Het aantal nieuwe gevallen stijgt jaarlijks met 6 procent. Er wachten momenteel 807 mensen op een niertransplantatie.

Er hebben zich 80.468 Belgen geregistreerd als potentiële orgaandonor dankzij de overheidscampagne Beldonor. Dit jaar volgt een nieuwe Beldonor-campagne. Er wordt een didactische kit ontwikkeld voor speciale doelgroepen en wij ondersteunen nadrukkelijk de oproep van de European Kidney Health Alliance.

Het college van geneesheren van het behandelingscentrum voor chronische nierinsufficiëntie moet het kwaliteitsniveau in dit vakgebied vastleggen, meer bepaald door de externe evaluatie van de verzorging van chronische nierinsufficiëntie. Met het diabetesplan werden al heel wat inspanningen geleverd.

Wij zijn ons bewust van de noodzaak om een verhoogde kans op nierproblemen vroeger te detecteren, maar dit behoort tot de preventie en moet dus gebeuren in overleg met de Gemeenschappen.

09.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Ik was er mij niet van bewust dat er zoveel patiënten zijn met chronisch nierlijden. Dat aantal maakt het volgens mij noodzakelijk om concrete gezondheidsdoelstellingen te formuleren.

De colleges van nefrologen moeten, net als de andere colleges, logistiek ondersteund worden. Zo zullen zij meer ruimte en zuurstof krijgen om aan een kwaliteitsbewaking te kunnen doen.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van mevrouw Meyrem Almaci aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "inspanningen die kunnen bijdragen aan de goedkeuring van het zogenaamde Gaborone-amendement" (nr. 2562)

10.01 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): CITES is een internationale overeenkomst tussen regeringen over de internationale handel in bedreigde, in het wild levende dier- en plantensoorten. Via het Gaborone-amendement zou onder meer De Europese Unie als één partij kunnen optreden binnen CITES. Het amendement moet daarvoor echter worden goedgekeurd door 54 partijen. Het werd al geratificeerd door 47 landen, België heeft dit nog niet gedaan.

Erkent de minister het belang van de ratificatie van dit amendement? Heeft de minister al inspanningen geleverd om dit amendement te ratificeren? Wat zal de minister hier in de toekomst nog aan doen?

10.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): België heeft het amendement van Gaborone geratificeerd. Het probleem is dat onvoldoende staten dat al gedaan hebben. De Europese Commissie poogt momenteel minstens zeven van de drieëndertig staten te overtuigen die CITES op 30 april 1983 hebben ondertekend maar die het amendement nog niet geratificeerd hebben.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de HIV-thuistests" (nr. 2728)

11.01 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Via internet kan men probleemloos een HIV-zelftest aanschaffen waarmee men thuis kan nagaan of men al dan niet besmet is met het virus. In nogal wat Europese landen woedt volop het debat over de wenselijkheid van deze internetverkoop omdat er helemaal geen zekerheid bestaat over de betrouwbaarheid van dit soort zelftests.

Een positieve HIV-test afleggen, grijpt grondig in in het leven van de geteste persoon. Onmiddellijke opvang door een zorgverlener is dus een absolute noodzaak. Bij een zelftest is hiervan geen sprake.

Heeft de minister zicht op de markt van HIV-zelftest in ons land? Wat is de visie van de professionele medische en hulpverleningssector over het gebruik van dergelijke tests? Overweegt de minister een eventueel verbod ervan?

11.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Er wordt momenteel geen enkele HIV-thuistest via de officiële kanalen verdeeld op de Belgische markt. Via internet kan men zich zo een test echter gemakkelijk

aanschaffen.

Uit contacten met gespecialiseerde hulpverlening, zoals bijvoorbeeld de Aidstelefoon, is gebleken dat men daar tot dusver nog geen ervaring heeft met personen die een thuishet hebben aangeschaft. Toch is het belangrijk het grote publiek in te lichten over het beperkte en weinig betrouwbare karakter van dit soort thuishets. Een dergelijke campagne zou kunnen ingebed worden in de traditionele preventiecampagnes van de Gemeenschappen. Ik zal dit aankaarten op de volgende interministeriële conferentie Volksgezondheid.

In Duitsland is de verkoop via internet van de HIV-thuishet niet verboden. In Nederland is uitsluitend verkoop via apotheken toegelaten.

11.03 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Misschien kan het Nederlandse voorbeeld worden gevolgd, waarbij dan de apotheker voor de nodige duiding kan instaan.

11.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): In België werd er geen enkele aanvraag ingediend. Er is dus geen distributiekanaal.

Als we het moeten toestaan, dan kan dat het best via kanalen zoals de apotheken, wat bijvoorbeeld ook in Nederland het geval is. Dan is er toch een controle en wordt er informatie verstrekt.

Het incident is gesloten.

11.05 De voorzitter: De samengevoegde vragen nrs 2764 en 2818 van de heer Flahaux en mevrouw Burgeon over de antidepressiva en de samengevoegde vragen nrs 2765 en 2772 van de heren Flahaux en Deseyn over de blootstelling aan elektromagnetische stralen worden uitgesteld.

12 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het risico op onvruchtbaarheid door het gebruik van Viagra" (nr. 2763)

12.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Uit een commercieel oogpunt is Viagra een waar succesverhaal. Het blauwe pilletje zou de spermakwaliteit echter aantasten en bijgevolg – als tal van mannen er te vaak te grote hoeveelheden van innemen – de generatievernieuwing in het gedrang brengen. Het gebruik van de erectiepil wordt mijns inziens dan ook al te zeer gebanaliseerd.

In principe wordt Viagra uitsluitend op medisch voorschrift en in het kader van een aangepaste behandeling verstrekt. De pilletjes zijn echter vlot verkrijgbaar op het internet, en dit tegen bijzonder aantrekkelijke prijzen.

Kan u me bevestigen dat Viagra onschadelijk is? Zo niet, moet er geen informatief onderzoek naar de risico's van het overmatig of langdurig gebruik van Viagra worden gevoerd, zowel ten aanzien van de artsen als van de publieke opinie?

Ik zal ook al het onderwerp van een van mijn volgende vragen aanstippen: we merken dat steeds meer clubbers een mengsel van cocaïne en Viagra, "Coconut Poke" genaamd, tot zich nemen. De cocaïne vernauwt de kransslagaders, wat in sommige gevallen leidt tot een hartaanval, terwijl Viagra net het omgekeerde effect teweegbrengt en dus kan gebruikt worden voor de behandeling van cocaïneverslaafden. Vandaag zal ik het houden bij mijn eerste vraag.

De **voorzitter:** Het lijkt nodig om de samenstelling op het etiket weer te geven!

12.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik wil eraan herinneren dat Viagra een geneesmiddel is dat zowel voordelen als risico's inhoudt voor de patiënt. Een van de opdrachten van de federale en Europese geneesmiddelenagentschappen bestaat erin het baten-risicoprofiel van de geneesmiddelen op regelmatige basis te herbekijken in het licht van de nieuwe wetenschappelijke gegevens.

De publicatie van David Glenn is een studie die werd uitgevoerd in een laboratoriumomgeving. De conclusies van een laboratoriumstudie doortrekken naar de klinische werkelijkheid is een hachelijke onderneming. Anderzijds publiceerde een wetenschappelijk tijdschrift in februari 2008 een onderzoek naar de invloed van

Viagra op de vruchtbaarheid van een groep vrijwilligers. Viagra zou volgens die studie een veeleer positieve invloed uitoefenen. Tot op heden heeft het agentschap nog geen meldingen ontvangen over ongewenste bijwerkingen waaruit kan afgeleid worden dat het gebruik van Viagra leidt tot vruchtbaarheidsproblemen.

Het Agentschap en EMEA blijven Viagra permanent opvolgen in het kader van geneesmiddelenbewaking.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van de heer Bruno Steegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het stijgend aantal gevallen van darmkanker" (nr. 2783)

13.01 Bruno Steegen (Open Vld): Met 4000 nieuwe gevallen per jaar is darmkanker na longkanker de meest voorkomende kanker in ons land. Wanneer de ziekte in een vroeg stadium wordt ontdekt, is er evenwel een grote kans op genezing. Omdat 75 procent van de mensen met darmkanker niet in een risicogroep vallen, is er nood aan goede preventie.

Is de minister van plan om preventieprojecten op te starten in verband met darmkanker? Zijn er plannen om de bevolking te sensibiliseren over de gevaren van de ziekte?

13.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Preventie is een gemeenschapsbevoegdheid, maar het is natuurlijk wel zo dat een goede samenwerking tussen alle beleidsniveaus die betrokken zijn bij de volksgezondheid, de efficiëntie van het beleid ten goede komt. Een mooi voorbeeld in dat kader is het voedings- en gezondheidsplan van mijn voorganger.

Voor de vroegtijdige opsporing van borstkanker hebben de Gemeenschappen en de federale overheid reeds een samenwerkingsakkoord afgesloten. Dat akkoord moet model staan voor een akkoord over de systematische opsporing van baarmoederhalskanker en colorectale kanker.

In het kader van het Kankerplan heb ik binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid een dialoog opgestart over het voorkomen en vroegtijdig opsporen van kanker. Ik hoop op een snel akkoord in verband met baarmoederhalskanker.

Voor de opsporing van colorectale kanker starten de Vlaamse en de Franse Gemeenschap momenteel een proefcampagne. Wij ondersteunen deze campagne door het terugbetalen van de stoelganganalyse en de colonoscopie. Na de evaluatie van het proefproject hoop ik binnen de interministeriële conferentie tot een protocolakkoord voor de systematische opsporing van colorectale kanker te komen.

13.03 Bruno Steegen (Open Vld): Ik hoop dat al deze inspanningen worden voortgezet. Wij volgen dit op.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.11 uur.

La discussion des questions est ouverte à 14 h 50 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 Question de M. Yvan Mayeur à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de dons d'ovocytes" (n° 2230)

01.01 Yvan Mayeur (PS): L'assistance médicale à la procréation présente des difficultés, notamment en matière de dons de gamètes.

Environ un couple belge sur six est aujourd'hui confronté à une infertilité. Chaque année, plus de quinze mille couples ont ainsi recours à des hormones de la fertilité pour une fécondation in vitro. Si le don de spermatozoïdes est répandu, le don d'ovocytes reste rare. Certains pays européens indemnisent les donneuses pour encourager ces dons. Cette pratique semble donner des idées à certains dans notre pays.

Une clinique de la fertilité à Louvain s'apprêtait à mener une active campagne de communication afin de recruter des étudiantes et les inciter à faire don de leurs ovocytes moyennant 750 euros. Les avis sur la question sont partagés. De sérieuses réserves ont été émises quant à ce type de pratiques, notamment en raison des conséquences physiques et psychologiques qu'elles induisent, encore accentuées par l'âge des donneuses ciblées.

Vous avez clairement indiqué que la loi n'autorisait pas ce type de pratique. Quel est actuellement le délai moyen d'attente pour pouvoir bénéficier d'un don d'ovocytes et que peut-on envisager pour réduire ce délai ?

Estimez-vous qu'une campagne d'information fédérale, nationale, sur l'assistance médicale à la procréation et sur les dons de gamètes soit aujourd'hui une nécessité ? Une action judiciaire est-elle envisageable contre la démarche mercantile de la clinique de la fertilité de Louvain qui s'éloigne de la philosophie de la loi ? Que pensez-vous, globalement, des pratiques utilisées dans nos pays voisins ?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Le délai moyen d'attente pour bénéficier d'un don d'ovocytes se situe entre un et deux ans. Ce délai est expliqué parce que le prélèvement d'un ovocyte ainsi que la stimulation hormonale sont très lourds pour la femme donneuse et que la demande croît régulièrement. Pour réduire ce délai, il faut réfléchir sur la possibilité d'augmenter le don d'ovocytes. Vous avez parlé de campagnes de sensibilisation, il faudra examiner la chose. Il faut aussi identifier les causes de l'augmentation de la demande et la contrôler. En ce qui concerne le respect de la loi du 6 juillet 2007, on ne peut pas faire de commerce mais on peut prendre en charge les frais inhérents au don de gamètes. Cette loi ne prévoit pas de disposition qui permette au pouvoir exécutif de désigner les inspecteurs qui sont habilités à contrôler le respect de cette loi ainsi qu'à verbaliser les infractions. Je vais prendre les mesures nécessaires pour que cette compétence soit attribuée au service d'inspection de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. En France, les dons sont gratuits mais il y a une indemnité pour les frais encourus. En Allemagne, ils sont interdits. Aux Pays-Bas, ils ne sont pas anonymes, ils sont gratuits mais il y a une indemnité pour les frais encourus.

01.03 Yvan Mayeur (PS) : Si une initiative est prise pour qu'il y ait des poursuites en cas de transgression de la loi, ce sera une bonne chose.

La **présidente** : Nous pouvons nous attendre à trouver cette matière dans le futur projet de loi-programme.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Elle se trouvera normalement dans un projet de loi portant des dispositions diverses.

La **présidente** : Nous serons là pour vous le rappeler et introduire un amendement si nécessaire.

01.05 Yvan Mayeur (PS) : En effet.

L'incident est clos.

02 Question de M. Joseph George à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la tarification du tiers payant dans le cadre de la convention dento-mutualiste" (n° 2356)

02.01 Joseph George (cdH) : Le tiers-payant est pratiqué par de nombreux dentistes, notamment dans les quartiers défavorisés. N'est-ce pas là une forme de médecine préventive et, aussi, un moyen de lutter contre certaines exclusions sociales ?

Dans le cadre des conventions dento-mutualistes 2007-2008, il est question de limiter les cas où l'on peut avoir recours à ce système. Quel est votre avis sur la situation actuelle ?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Comme je l'avais déjà indiqué en réponse à la question identique de Mme Gerkens, le projet d'arrêté royal visant à limiter le recours au tiers-payant chez les dentistes découle de l'accord dento-mutualiste en cours depuis le 1^{er} janvier 2007. Je suis pieds et mains liés par cette décision.

Les partenaires de la dento-mut souhaitent, par l'intermédiaire de cette limitation, lutter contre des abus dans le recours à la notion de détresse financière.

Sur le fond du dossier, il ne s'agit pas de remettre en question le principe du tiers-payant, bien au contraire. La solution proposée prévoit, passé un certain pourcentage, une procédure devant une commission chargée d'examiner les raisons du dépassement. Si le tiers-payant a été appliqué de manière correcte, le dentiste ne se verra infligé aucune sanction.

Je rappelle également que ce système est instauré à la demande des mutuelles qui sont les premières à défendre par ailleurs le système du tiers-payant.

Au vu de ce qui précède, je ne vois pas de raison valable de remettre en cause l'application de l'accord. Ceci dit, je suivrai de très près l'application de cet arrêté.

L'incident est clos.

03 Question de M. Joseph George à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le service de cardiologie" (n° 2357)

03.01 Joseph George (cdH) : Votre prédécesseur avait été amené à prendre des dispositions quant à la réforme des centres de cardiologie hospitalière. Il était prévu que l'activité B2 et B3, qui visait la chirurgie lourde en matière de cardiologie, serait recentrée sur une trentaine de sites. Cela signifiait que, si les patients pouvaient continuer à consulter leur cardiologue habituel dans les autres sites, ces mesures risquaient de priver ces hôpitaux d'effectuer des opérations à caractère plus lourd. Le Conseil d'État a annulé deux fois ces arrêtés, de sorte que nous ignorons l'avenir pour les gestionnaires d'hôpitaux, pour les patients, pour tous ceux qui ont des problèmes de santé. Entendez-vous prendre le dossier à bras-le-corps? Quelles solutions envisagez-vous? L'équilibre entre les services assurés par les hôpitaux régionaux et les grands centres hospitaliers est en question.

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Vous suivez ce dossier de très près et je le comprends car il est difficile. Le Conseil d'État a annulé des décisions qui ont été prises par mon prédécesseur. Je vais prendre le temps pour bien faire les choses. On me propose pour le moment d'apporter une modification à l'article 24 qui règle l'exploitation du programme de soins "pathologie cardiaque B" sur plusieurs sites. Cette modification aurait pour objectif de supprimer la confusion qui existe entre cet article 24 et l'article 76sexies de la loi sur les hôpitaux qui vise également la programmation et l'agrégation en cas d'exploitation sur plusieurs sites. Il s'agit de viser la possibilité de faire des associations entre programmes sur plusieurs sites, à condition que chaque site respecte l'ensemble des dispositions. Nous y travaillons actuellement. J'attends les propositions mais, pour la réforme plus globale, je prendrai le temps!

03.03 Joseph George (cdH) : Vous avez raison de prendre le temps. Ce que l'on a connu est toujours une situation d'insécurité et est pénalisant pour les acteurs. Il vaut dès lors prendre le temps pour choisir la bonne décision.

L'incident est clos.

04 Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la teneur en sel des produits alimentaires" (n° 2505)

04.01 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Sans le savoir, nous consommons tous trop de sel. Or un adulte en bonne santé peut en consommer au maximum 8,75 grammes par jour. Et si nous mettions en pratique les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, nous ne devrions en consommer que 6 grammes. En Belgique, la consommation journalière moyenne oscille entre 8 et 9 grammes. La plupart des gens n'ont aucune notion de la quantité de sel qu'ils absorbent chaque jour en mangeant par exemple des plats préparés qui connaissent un succès croissant et dont la teneur en sel est très souvent mentionnée de façon

insuffisamment intelligible.

De grandes quantités de sodium dans le corps humain sont susceptibles de produire à long terme des effets nuisibles comme l'hypertension. La teneur élevée en sel dans le pain et les produits de boulangerie, ainsi que dans les céréales à consommer au petit déjeuner et les produits fromagers est préoccupante. Au sein de l'UE, plusieurs pays se sont engagés à ramener la teneur en sel à un niveau acceptable. 80 % du sel que nous ingérons consistent en additifs présents dans nos produits alimentaires.

Comment la ministre compte-t-elle s'y prendre pour faire comprendre aux fabricants de ces produits qu'ils doivent remédier à ce problème ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Je partage l'inquiétude à propos de la teneur en sel des produits alimentaires et de la consommation de sel en Belgique. Les recommandations alimentaires du Conseil supérieur de l'hygiène sont actuellement revues. L'absorption maximale de sel devrait être réduite conformément aux recommandations internationales. Mon prédécesseur a lancé le Plan national nutrition et santé en 2006. La réduction de l'absorption de sel y figure comme un des six objectifs alimentaires.

Le groupe de travail réduction du sel dans la chaîne alimentaire a été créé en juillet 2007. Nous attendons des mesures concrètes de tous les secteurs concernés pour fin mars. Si cette approche sur une base volontaire ne produit pas le résultat escompté, d'autres stratégies seront élaborées, parmi lesquelles des mesures réglementaires. Cette approche se situe entièrement dans la continuité des recommandations des instances internationales.

Il ressort des données de l'enquête de consommation alimentaire menée en 2004 auprès des plus de 15 ans que 80 % des personnes dépasse le seuil de la recommandation de l'OMS. En outre, ce chiffre est encore sous-estimé parce qu'il n'a pas été tenu compte du sel ajouté par l'individu à la maison ou au restaurant. Dans le cadre du Plan national nutrition et santé 2008, une étude permettant de quantifier exactement l'absorption totale de sel sera mise en œuvre. L'enquête de consommation alimentaire indique également quels produits alimentaires contribuent le plus à l'absorption de sel.

Depuis 1985, la teneur en sel du pain est limitée à 2 % maximum de la matière sèche. Cependant, les résultats des contrôles de l'AFSCA indiquent que la réalité diverge de la norme. Au sein du groupe de travail « réduction de la teneur en sel », les fédérations professionnelles se sont engagées à s'attaquer directement à ce problème en suivant une approche proactive. Le fait que la Commission européenne ait fait de la réduction de la teneur en sel une de ses priorités dans le cadre de son Livre Blanc « Alimentation et Santé » est une bonne chose. La Belgique participe également au réseau « opération sel » récemment mis en place par l'OMS Europe.

04.03 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Tout cela est très positif. Sera-t-il procédé à une évaluation si on ne coopère pas volontairement ? Une planification a-t-elle déjà été prévue ? Beaucoup de consommateurs étant friands de pain savoureux, les boulangers ont souvent tendance à y mettre beaucoup de sel. J'aimerais avoir la garantie qu'ils tiendront parole.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : J'attends les résultats du groupe de travail. Si celui-ci ne prend aucune décision concrète, je proposerai moi-même de nouvelles normes.

04.05 La présidente : La question du sel a également été abordée dans le rapport que nous avons rédigé au sujet du Plan national nutrition santé. Il reste beaucoup de travail à accomplir.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Linda Vissers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation de la formation permanente dans les écoles pour ambulanciers" (n° 2538)

05.01 Linda Vissers (Vlaams Belang) : L'arrêté royal du 13 février 1998 stipule qu'un secouriste-ambulancier doit suivre chaque année 24 heures de formation permanente et qu'il doit faire l'objet d'une évaluation tous les cinq ans pour garder son badge 100. La formation permanente est accessible aux

candidats secouristes qui travaillent auprès d'un service d'ambulance 100 agréé. Elle peut être également suivie moyennant une autorisation délivrée par l'inspecteur provincial d'hygiène. Chaque école d'ambulancier propose par ailleurs son propre programme, approuvé par l'inspecteur d'hygiène.

Le 14 juin 2007, une réunion de concertation réunissant toutes les écoles d'ambulancier a eu lieu au SPF Santé publique. Lors de cette réunion, il a été question d'une nouvelle proposition relative à l'organisation de la formation permanente. Il y a été convenu que le SPF enverrait une circulaire le 1^{er} janvier 2008 afin d'expliquer le nouveau système.

Le contenu de cette circulaire est-il déjà fixé ? Quand les écoles la recevront-elles ? La date d'entrée en vigueur du nouveau système a-t-elle déjà été fixée ? La ministre peut-elle expliquer quelles sont les grandes lignes contenues dans cette circulaire ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : La réforme destinée à améliorer la formation des secouristes-ambulanciers a été soumise pour avis au Conseil National de l'Aide Médicale Urgente. L'évaluation de son coût n'est pas encore terminée et devra aller de pair avec une planification d'utilisation rationnelle.

L'envoi de la circulaire avant la fin du premier semestre 2008 est certainement à envisager, tout comme le lancement de la formation sur la base des nouveaux principes avant le 1^{er} janvier 2009. Les nouveaux principes concernent la liste des sujets obligatoires, l'évaluation et l'utilisation des mannequins de simulation.

05.03 Linda Vissers (Vlaams Belang) : Les écoles applaudiront certainement cette circulaire. Elle permettra de garantir une uniformité.

L'incident est clos.

06 Question de M. Olivier Chastel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le maintien du caractère universitaire des institutions hospitalières publiques de Charleroi" (n° 2547)

06.01 Olivier Chastel (MR) : L'arrêté royal du 7 juin 2004 n'affecte nullement les désignations en qualité d'hôpital universitaire ou de service hospitalier universitaire qui ont été effectuées sur la base des conditions énoncées dans l'arrêté royal du 14 novembre 1978, dont celle de Charleroi. Cependant, le secteur craint qu'à l'avenir, il ne devienne intenable de distinguer les lits universitaires des services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes de soins hospitaliers universitaires. La perte de cette qualification serait dramatique, tant pour le corps médical que pour l'image de marque du CHU de Charleroi auprès de la population.

Confirmez-vous l'interprétation de ces deux législations et la volonté du gouvernement de maintenir les désignations en qualité d'hôpital universitaire ou de service hospitalier universitaire effectuées sur la base de l'arrêté royal de 1978 ? Une modification de la législation visant une plus grande sécurité juridique est-elle à l'étude ? Dans quel sens ? Une concertation avec les différents acteurs est-elle prévue dans un proche avenir pour rassurer le secteur ?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'arrêté royal du 7 juin 2004 prime sur l'arrêté royal du 14 novembre 1978, mais tous les services universitaires désignés sur la base de cet arrêté royal gardent leur désignation de lits universitaires. Cela a toujours été la volonté du gouvernement.

Avant d'envisager une modification de la législation, il faudra attendre le résultat du recours au Conseil d'État contre l'arrêté royal du 17 novembre 2006, modifiant l'arrêté royal du 7 juin 2004.

06.03 Olivier Chastel (MR) : Votre réponse confirme la position de votre prédécesseur. Je me réjouis du maintien des deux cents lits universitaires de l'ULB en province de Hainaut.

L'incident est clos.

La **présidente** : La question n° 2595 de M. Goutry sur l'évaluation du modèle kiwi a été retirée et la question n° 2630 de Mme Muylle sur les commissions médicales provinciales est reportée à la semaine prochaine.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la myélodysplasie" (n° 2710)

07.01 Maggie De Block (Open Vld) : Environ 300.000 personnes souffrent de myélodysplasie dans le monde. Cette affection hématologique se caractérise par le défaut de maturation des cellules sanguines de la moelle osseuse, qui en restent au stade de blastes. En conséquence, le développement ordinaire des cellules est entravé. On dénombre chaque année 10.000 à 20.000 nouveaux cas de myélodysplasie. Les chances de survie s'étendent de six mois à six ans. Les patients doivent subir des transfusions sanguines et risquent de ce fait de développer une intoxication au fer.

Un nouveau médicament, le *Revlimid*, fait actuellement l'objet d'études. Ce traitement n'est toutefois pas encore remboursé. Les patients sont traités avec les doses mises gratuitement à la disposition des oncologues.

La ministre a-t-elle connaissance de cette thérapie ? Le médicament pourrait-il être ajouté à la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Aux Etats-Unis, la Food and Drug Administration a homologué le Revlimid pour le traitement de la myélodysplasie karyotype 5q le 28 décembre 2005. La European Medicines Agency (EMA) a avalisé la commercialisation du Revlimid pour le traitement des myélomes mais elle ne l'a pas encore autorisée pour le traitement de la myélodysplasie. Le Committee Medicinal Products for Human Use examine actuellement la possibilité d'autoriser la vente de ce produit pour soigner la myélodysplasie.

Tant que l'EMA ne donnera pas son feu vert, aucune demande de remboursement ne pourra être introduite et la commission de remboursement des médicaments ne pourra entamer de procédure de remboursement. D'ailleurs, aucun dossier n'a encore été ouvert.

07.03 Maggie De Block (Open Vld) : Tout s'éclaire à la lumière de cette réponse ministérielle. Jusqu'ici, en effet, ni les oncologues ni leurs patients ne comprenaient pourquoi ce médicament n'était pas remboursé.

L'incident est clos.

La **présidente** : M. Arens m'a signalé qu'il ne poserait pas aujourd'hui sa question n° 2713 sur l'offre médicale.

07.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : C'est une question est intéressante mais on me l'a déjà posée cinq fois. J'essaie d'être cohérente et de donner à chaque fois la même réponse.

08 Question de Mme Véronique Salvi à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surfacturation en cas d'assurance hospitalisation" (n° 2714)

08.01 Véronique Salvi (cdH) : Différents journaux ont relaté que les personnes qui devaient être hospitalisées avaient intérêt à dire qu'elles ne bénéficiaient pas d'une assurance hospitalisation. En effet, certains hôpitaux facturent des suppléments lorsqu'ils savent que le patient possède une couverture. Ces pratiques ont déjà été dénoncées.

Je trouvais intéressant de vous entendre sur ce sujet. Des dispositions sont-elles en vigueur pour mettre fin à cette pratique et avec quels résultats ? Les personnes hospitalisées peuvent-elles ne pas répondre à une telle question ?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Ce problème a déjà été maintes fois dénoncé. Les témoignages sur cette question sont une chose mais établir un lien clair entre une assurance hospitalisation

privée et la facturation de suppléments en est une autre. Il est très difficile, voire impossible, d'établir ce lien. De nombreux hôpitaux s'informent auprès du patient sur ce point lors de l'admission mais cette demande a pour but d'évaluer si le patient pourra honorer sa facture, qui peut être influencée fortement par le choix d'une chambre individuelle, par exemple.

Mais je ne peux affirmer que cette pratique conduit à de la surfacturation systématique, faute d'éléments objectifs et quantifiables à ma disposition et surtout faute de perspective de pouvoir en disposer un jour.

En outre, je ne peux intervenir de manière coercitive dans cette matière car ces pratiques ne causent pas de préjudice pour l'assurance maladie, hormis sans doute dans le cas d'exams ou de prestations non justifiés, pour lesquels des mécanismes de contrôle ad hoc existent déjà.

Il est plus urgent d'encadrer les suppléments d'honoraires.

Assurés et non-assurés doivent en revanche bénéficier du meilleur traitement possible avec un minimum de suppléments d'honoraires. Des initiatives ont déjà été prises en matière de réglementation pour les patients en chambre commune ou double, et même en chambre individuelle dans certains cas. Il me semble important d'aller plus loin.

L'accord médicomut contient des dispositions intéressantes sur ces sujets, signe qu'une prise de conscience a eu lieu. Je souhaite donc laisser pleinement jouer le jeu de la concertation tout en restant très attentive.

08.03 **Véronique Salvi** (cdH) : Je crois également que c'est par la concertation qu'on résoudra les problèmes.

Il serait intéressant de réfléchir sur l'information donnée au patient dès l'entrée en clinique. Des études européennes montrent que cet aspect informatif est mauvais dans notre pays.

La **présidente** : Il serait intéressant d'examiner les documents remis aux entrants concernant les facturations, les prix, etc.

08.04 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*) : M. Gilkinet pose une question sur cette problématique.

La **présidente** : Cette question n° 2726 de M. Gilkinet à propos des honoraires médicaux est reportée en fin de réunion ou à la semaine prochaine. Même chose pour la question n° 2728 de Mme Smeyers. La question n° 2724 de M. Brotcorne a été transformée en question écrite et la question n° 2759 de Mme Avontroodt concernant l'acier radioactif sera posée en commission de l'Intérieur.

09 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les affections rénales chroniques" (n° 2760)**

09.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Au Parlement européen, des voix se sont élevées pour demander que l'on se préoccupe des personnes atteintes d'affections rénales chroniques. A mon grand étonnement, 10 % de la population européenne souffrent de l'une ou l'autre affection rénale. Une fois de plus, nous sommes confrontés à une information et à une prévention insuffisantes ainsi qu'à des diagnostics trop lents mais aussi à un arsenal de mesures prises dans tous ces domaines.

Etant donné que la ministre semble mettre en œuvre sa politique en se fixant une série d'objectifs, je voudrais lui demander de se fixer également un objectif national dans le domaine des affections rénales chroniques. Le Royaume-Uni consacre actuellement 2 % de son budget de santé publique à la dialyse et un doublement de ce pourcentage est à craindre. Par conséquent, les arguments qui militent en faveur de l'accès à la transplantation rénale et au diagnostic précoce sont solides.

La ministre pourrait-elle dresser un tableau schématique et chiffré du problème posé par les affections rénales chroniques, la dialyse rénale et la transplantation rénale ? Sait-elle combien de patients attendent

une transplantation ? Pourrait-elle d'ores et déjà communiquer les résultats de la campagne d'information fédérale menée récemment ? Apporte-t-elle son soutien à la European Kidney Health Alliance qui vient de lancer un appel pour que ce problème soit abordé à l'échelon européen ? Sera-t-elle à même de prendre des mesures en concertation avec les Communautés afin d'accélérer le diagnostic et l'enregistrement ?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Des études récentes indiquent que les affections rénales touchent un adulte sur dix à l'échelle mondiale. En Belgique, 500.000 personnes souffrent d'une maladie rénale ; en 2006, 10.000 personnes étaient en traitement pour une insuffisance rénale en phase terminale par le biais d'une dialyse ou d'une transplantation rénale. Le nombre de cas nouveaux augmente de 6 % chaque année. Actuellement, 807 personnes sont en attente d'une transplantation rénale.

80.468 Belges sont enregistrés comme candidats donneurs d'organes dans le cadre de la campagne Beldonor menée par les pouvoirs publics. Une nouvelle campagne Beldonor sera organisée cette année. Un coffret didactique sera mis au point pour des groupes cibles particuliers et nous soutenons explicitement l'appel lancé par la European Kidney Health Alliance.

Le collège des médecins du centre de traitement pour les insuffisances rénales chroniques doit fixer le niveau de qualité en la matière, notamment par le biais de l'évaluation externe des soins aux personnes souffrant de ce type d'insuffisances. De nombreux efforts ont déjà été fournis dans le cadre du plan diabète.

Nous sommes conscients de la nécessité de détecter le risque accru de problème rénal de manière plus précoce, mais cette détection relève de la prévention et doit donc être réalisée en concertation avec les Communautés.

09.03 Yolande Avontroodt (Open Vld) : J'ignorais que les patients souffrant d'affections rénales chroniques sont si nombreux. Ce chiffre justifie à mon sens de formuler des objectifs de santé concrets.

Les collèges de néphrologues doivent recevoir un appui logistique tout comme les autres collèges. Ainsi, ils bénéficieront d'une plus grande marge de manœuvre et de moyens accrus pour surveiller la qualité.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Meyrem Almaci à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les efforts susceptibles de contribuer à l'approbation de l'amendement dit de Gaborone" (n° 2562)

10.01 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!) : La CITES est une convention internationale conclue entre les gouvernements à propos du commerce international des espèces de la faune et de la flore sauvages menacées d'extinction. L'amendement dit de Gaborone permettrait à l'Union européenne, entre autres, d'adhérer à la CITES en tant que partie à la convention. À cet effet, cet amendement doit être adopté par 54 des parties. Il l'a déjà été par 47 pays, mais pas par la Belgique.

La ministre reconnaît-elle l'opportunité d'adopter cet amendement ? A-t-elle déjà déployé des efforts à cet effet ? Quelles initiatives prendra-t-elle encore à l'avenir ?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : La Belgique a ratifié l'amendement de Gaborone. Le problème, c'est qu'il n'y a pas suffisamment d'États qui l'ont ratifié. La Commission européenne tente actuellement de convaincre au moins sept des trente-trois États qui étaient parties à la CITES le 30 avril 1983 mais qui n'ont pas encore ratifié l'amendement.

L'incident est clos.

11 Question de Mme Sarah Smeyers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tests HIV à effectuer soi-même" (n° 2728)

11.01 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA) : Sur Internet, on peut sans aucune difficulté se procurer des autotests de dépistage du VIH qui permettent de vérifier soi-même, chez soi, si on est ou non contaminé par le virus. De nombreux pays européens sont actuellement en plein débat sur la question de savoir s'il est souhaitable de vendre ce type de test sur Internet, c'est-à-dire par un canal de distribution qui n'offre aucune

garantie quant à la fiabilité de ces autotests.

Un test de dépistage du VIH positif influence profondément la vie de la personne concernée. La prise en charge d'une personne diagnostiquée séropositive par un prestataire de soins est une nécessité absolue. La réalisation d'un autotest ne permet pas cette prise en charge.

La ministre a-t-elle une idée du marché des autotests de dépistage du VIH en Belgique ? Quelle est l'opinion du secteur médical et du secteur de l'aide professionnels sur l'utilisation de ces tests ? La ministre envisage-t-elle d'éventuellement les interdire ?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Actuellement, aucun auto-test HIV n'est encore distribué par les canaux officiels sur le marché belge. Il est cependant aisé d'en acquérir sur internet.

Contacts pris auprès de lignes d'aide telles que Aidstelefoon, il apparaît que ces dernières n'ont pas encore été confrontées à des personnes ayant acquis un auto-test HIV. Il est cependant essentiel d'informer le grand public du caractère limité et du manque de fiabilité de ces tests. Un message en ce sens pourrait se greffer sur les campagnes de prévention traditionnelles des Communautés. J'aborderai cet aspect lors de la prochaine conférence interministérielle Santé publique.

L'Allemagne n'interdit pas la vente par internet d'auto-tests HIV. Aux Pays-Bas, la vente de ces tests n'est autorisée qu'en pharmacie.

11.03 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA) : Nous pourrions peut-être suivre l'exemple néerlandais, où le pharmacien peut donner toutes les explications nécessaires.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : En Belgique, aucune demande n'a été introduite. Il n'y a donc pas de canal de distribution.

S'il faut l'admettre, le mieux est de le faire via des canaux tels que les pharmaciens, comme aux Pays-Bas. Il y aura au moins un contrôle, et une information sera donnée.

L'incident est clos.

11.05 La présidente : Les questions jointes n^{os} 2764 et 2818 de M. Flahaux et de Mme Burgeon sur les antidépresseurs ainsi que les questions jointes n^{os} 2765 et 2772 de MM. Flahaux et Deseyn sur les rayonnements sont reportées.

12 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques d'infertilité liés à l'utilisation du Viagra" (n° 2763)

12.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : On a tendance à banaliser le recours au Viagra qui, en termes commerciaux, est une *success story* mais qui aurait des effets négatifs sur la qualité du sperme, et partant, représenterait un souci en termes de renouvellement des générations si nombre de concitoyens recourent au Viagra de manière trop fréquente et importante.

En principe, ces médicaments ne sont délivrés que sur prescription médicale et avec un encadrement approprié. Mais ces pilules s'achètent sans aucun problème sur internet et à un prix très concurrentiel.

Pouvez-vous me communiquer des informations rassurantes quant à l'innocuité du Viagra ? Si non, une étude d'information sur les risques d'un usage trop important ou prolongé du Viagra ne serait-elle pas nécessaire, tant vis-à-vis des médecins que vis-à-vis de l'opinion publique ?

Je vais aussi évoquer déjà ce qui fera l'objet d'une prochaine question : on observe de plus en plus chez des clubbers l'utilisation de mélanges cocaïne-Viagra, appelé "Coconut Poke". La cocaïne contracte les artères coronaires, entraînant parfois des crises cardiaques, tandis que le Viagra a des effets inverses et peut donc soigner un cocaïnomane. Aujourd'hui, je me limiterai à ma première question.

La **présidente** : Un étiquetage sur les compositions s'avère nécessaire !

12.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je tiens à rappeler que le Viagra est un médicament avec des bénéfices pour le patient mais aussi des risques. Une des missions des agences fédérale et européenne des médicaments est de réévaluer régulièrement le profil bénéfices-risques de ceux-ci à la lumière des données scientifiques nouvelles.

La publication de David Glenn est une étude basée sur des conditions de laboratoire. La transposition des conclusions d'une étude de laboratoire à la réalité clinique est délicate. D'autre part, une revue scientifique récente, parue en février 2008, a examiné l'influence du Viagra sur la fertilité de volontaires. Les conclusions indiquent un effet plutôt positif du Viagra. Jusqu'à présent, l'agence n'a pas reçu de notification d'effets indésirables indiquant des problèmes d'infertilité liés à l'usage du Viagra.

L'Agence et l'EMA continueront à assurer le « suivi » permanent du Viagra dans le cadre de la pharmacovigilance.

L'incident est clos.

13 Question de M. Bruno Steegen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre croissant de cas de cancer de l'intestin" (n° 2783)

13.01 Bruno Steegen (Open Vld) : Avec 4.000 nouveaux cas par an, le cancer de l'intestin est, dans notre pays, le deuxième cancer le plus fréquent après le cancer des poumons. Lorsque la maladie est détectée à un stade précoce, les chances de survie sont toutefois grandes. Étant donné que 75 % des personnes atteintes d'un cancer de l'intestin ne font pas partie d'un groupe à risque, une bonne prévention est importante.

La ministre compte-t-elle lancer des projets de prévention en rapport avec le cancer de l'intestin ? Prévoit-on de sensibiliser la population aux dangers de la maladie ?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : La prévention ressortit aux Communautés mais il va de soi qu'une collaboration fructueuse entre tous les niveaux de pouvoir compétents en matière de santé publique ne peut que contribuer à l'efficacité de la politique menée. Un bel exemple à cet égard est le plan Nutrition Santé de mon prédécesseur.

Pour le dépistage précoce du cancer du sein, les Communautés et l'État fédéral ont déjà conclu un accord de coopération. Cet accord doit servir de modèle de convention pour le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal.

Dans le cadre du Plan cancer, j'ai lancé un dialogue au sein de la Conférence interministérielle Santé publique sur la prévention et le dépistage précoce du cancer. J'espère que l'on parviendra rapidement à un accord en ce qui concerne le cancer du col de l'utérus.

Pour ce qui est du cancer colorectal, la Communauté flamande et la Communauté française lancent en ce moment une campagne pilote. Nous soutenons cette campagne en remboursant l'analyse des selles et la colonoscopie. Après l'évaluation du projet pilote, j'espère parvenir, au sein de la Conférence interministérielle, à un protocole d'accord sur le dépistage systématique du cancer colorectal.

13.03 Bruno Steegen (Open Vld) : J'espère que tous ces efforts seront poursuivis. Nous suivrons l'évolution de ce dossier.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 11.