

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 9 JUNI 2009

Namiddag

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

du

MARDI 9 JUIN 2009

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.25 uur en voorgezeten door mevrouw Yolande Avontroodt.
La séance est ouverte à 14.25 heures et présidée par M. Yolande Avontroodt.

01 Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mécanismes d'accès aux innovations thérapeutiques" (n° 13045)

01 Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mechanismen van toegang tot innovatieve therapeutische middelen" (nr. 13045)

01.01 Josy Arens (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, ma question date du 28 avril et je constate que ce dossier a évolué récemment; j'estime cependant que mon intervention reste d'actualité.

En septembre 2008, j'ai posé une question écrite relative à la conclusion des contrats prix/volume. Dans votre réponse, vous marquez votre grand intérêt pour ce type de contrat.

Vous écriviez ceci: "Un des objectifs principaux que je poursuis en tant que ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est de permettre un accès aux innovations thérapeutiques pour tous les patients qui en ont besoin et de conserver la marge financière nécessaire pour y arriver. Les contrats prix/volume font partie des mécanismes permettant d'atteindre ces objectifs.

Ce type de contrat présente un grand intérêt dans l'optique de la maîtrise des budgets et c'est dans ce but qu'ils ont été conçus. Mais il ne sera possible d'évaluer complètement leur intérêt et leur efficacité réelle qu'après leur entrée en vigueur. En fixant des dépenses limites par spécialité pour l'assurance-maladie, les contrats prix/volume permettent une meilleure gestion du budget s'ils sont correctement élaborés de manière ciblée.

Il faut noter qu'à l'heure actuelle, étant donné le contexte international de détermination des prix, il me semble plus judicieux de remplacer la notion de contrat prix/volume par celle de contrat coût/volume qui s'accorde mieux à nos objectifs".

Le Parlement a voté le principe des contrats prix/volume proposé par la ministre De Galan voici 12 ans, en 1997. De même, notre Institution a voté, en avril 2005, le principe proposé par le ministre Demotte de déconnexion entre la base de remboursement et son prix public.

Dans votre réponse, vous avez également suggéré la notion très intéressante de contrats coût/volume.

Il me revient que, lorsqu'une firme pharmaceutique souhaite s'inscrire dans l'un de ces mécanismes, la réponse fournie laisse quelque peu perplexe: "aucun arrêté n'est venu préciser les conditions et les règles d'application de ces mécanismes"; "nous y travaillons" ou encore "leur étude est examinée par la plate-forme de dialogue gouvernement-firmes pharmaceutiques".

Madame la ministre, étant donné l'intérêt que représentent ces mécanismes tant pour l'accès aux

innovations thérapeutiques que pour le budget des médicaments, pour quelles raisons ces mécanismes ne se concrétisent-ils pas? Dans quel délai pensez-vous remédier à cette situation?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, cher collègue, il est évident que ce dossier mérite des clarifications rapides.

J'avais proposé un amendement du gouvernement à la loi-programme, permettant la conclusion de conventions entre l'INAMI et les firmes pharmaceutiques, amendement qui a été voté à l'unanimité, je pense.

En parallèle, un arrêté royal est en préparation qui définit les conditions dans lesquelles de telles conventions seront possibles, la première étant l'existence d'un besoin thérapeutique ou social reconnu. Il s'agit de modifications de l'article 81 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, élargissant considérablement les thérapies pouvant être prises en compte.

Pour rappel, l'actuel article 81 ne prévoit de tels contrats que pour les médicaments dits de classe 1, ce qui est beaucoup trop limitatif à mon sens. Néanmoins, une convention est en discussion au Comité de l'assurance pour l'un de ces médicaments, le Flolan, traitant l'hypertension artérielle pulmonaire.

Ce projet d'arrêté liste aussi plusieurs types de conventions possibles, dont celles que vous citez, à savoir des conventions prix/volume, coût/volume ou une déconnexion.

Mes services sont en train de prendre contact avec les divers intervenants dans ce domaine, dont les organismes assureurs, l'industrie pharmaceutique, ainsi qu'aux niveaux ministériels pour rendre le futur nouvel article 81 et les suivants aussi opérationnels que possible. Ma volonté est clairement d'avancer rapidement: j'espère une mise en application avant le dernier trimestre de cette année 2009.

01.03 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse. Je compte sur votre détermination dans ce dossier: en effet, d'après ce que vous venez d'indiquer comme contacts à prendre, je crains que les délais d'application soient plus longs que prévu.

Pourriez-vous faire le maximum pour le rendre d'application le plus rapidement possible?

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: J'espère que ce sera d'application pour le dernier trimestre de cette année, mais il faut une décision préliminaire puisque c'est un arrêté royal.

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

02 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de quota voor implanteerbare hartdefibrillatoren" (nr. 13189)

02 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les quotas pour les défibrillateurs cardiaques implantables" (n° 13189)

02.01 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag gaat over de quota voor implanteerbare hartdefibrillatoren. Ik weet dat hierover vroeger al vragen werden gesteld, maar ik ontving alweer een mail van een patiënt, met de boodschap dat bepaalde ziekenhuizen de patiënten, enkele weken voor hun ingreep, alweer aanschrijven met de mededeling dat zij van het departement van Volksgezondheid geen defibrillator mogen inplanteren omdat de quota zijn overschreden. Mevrouw de minister, dat is niet nieuw.

Mijn vraag was al ingediend op 7 mei, maar wij hebben deze week in de pers kunnen lezen over een jonge voetballer die heel spectaculair op het veld een hartstilstand kreeg en die door zijn defibrillator als het ware werd gered. Ikzelf heb ook patiënten met ingeplante defibrillatoren, natuurlijk niet zo veel, en als zij op controle gaan, kunnen zij zien hoeveel keer de defibrillator moest activeren. Een van mijn patiënten vertelde dat de activering tijdens zijn slaap was gebeurd en dat hij dus werkelijk wakker was kunnen worden dankzij die interventie.

Ik moet u niet zeggen - ik denk dat wij het allemaal weten en het Kenniscentrum heeft dat onderzocht - dat er steeds meer aanvragen worden ingediend voor defibrillatoren, zowel preventief als curatief, omdat het

aantal indicaties toeneemt door de vooruitgang van de techniek en omdat betere detectie mogelijk is van allerlei soorten ritmestoornissen. Daardoor kan een stijgende groep daarvan genieten.

De maatregel om het aantal te beperken, is vooral uit budgettaire bekommernissen ingegeven. Daarvoor zijn wij natuurlijk niet ongevoelig, maar als het gaat over leven en dood, moeten we daar toch twee keer over nadenken.

Mevrouw de minister, daarom heb ik de volgende vragen.

Ten eerste, kunt u een overzicht geven van de toestand op vandaag? Hoeveel ziekenhuizen hebben hun activiteiten van inplanting van defibrillatoren alweer moeten staken omdat hun quota is overschreden?

Ten tweede, is er al een evaluatie gemaakt van het optrekken van het aantal implanteerbare defibrillatoren tot 1.300 voor de eerste defibrillatoren en van het optrekken van het aantal inplantingen in het kader van de primaire preventie tot 40%? Zo ja, wat waren de resultaten? Zo niet, wanneer zal die evaluatie dan wel plaatsvinden?

Ten derde, is het niet mogelijk om de ziekenhuizen sneller te informeren als zij dreigen hun quota te overschrijden? Misschien kunnen er dan andere maatregelen worden genomen. Als aan een patiënt eerst wordt gezegd dat een implantatie het enige middel is om zijn leven te redden, en als die patiënt enkele weken nadien het bericht krijgt dat de implantatie niet kan wegens budgettaire RIZIV-beperkingen, dat is volgens mij schandalig, als ik dat zo mag zeggen.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

Présidente: Muriel Gerkens.

02.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw De Block, ten eerste, u spreekt over het staken van het inplanten van defibrillatoren, terwijl het eigenlijk gaat over een beperking van de terugbetaling van hartdefibrillatoren in bepaalde omstandigheden. Indien een centrum boven het quotum van de primaire preventie komt, kan er gedurende 1 maand geen terugbetaling meer verkregen worden voor de inplanting van defibrillatoren voor een indicatie die onder de primaire preventie valt. De andere indicaties worden voort terugbetaald en nooit geblokkeerd.

In de besproken conventie maakt de primaire preventie 4 indicaties uit van het totaal van 15 indicaties waarvoor de defibrillatoren worden terugbetaald.

Patiënten die onder de primaire preventie vallen, lopen veel minder gezondheidsrisico's dan patiënten die reeds een symptomatische episode hadden en onder de secundaire preventie vallen. Voor die laatste groep patiënten wordt de terugbetaling dan ook nooit geblokkeerd.

Op dit moment zijn er 23 centra die implantable cardiac defibrillators of ICD's inplanten. Sinds de herziening van de conventie op 1 juli 2008 is de situatie als volgt. In februari 2009 was er 1 centrum geblokkeerd, in maart 2009 waren er 2 centra geblokkeerd, in april 2009 waren er 3, en in mei zijn er 2 geblokkeerd. Dat wil zeggen, zij krijgen geen terugbetaling meer voor de ingeplante ICD's voor de primaire preventie.

Daarvan werden 2 centra gedurende 3 maanden en 2 centra gedurende 1 maand geblokkeerd. Ik herhaal dat de andere indicaties dan de primaire preventie ook in geblokkeerde centra voort ten laste van de ziekteverzekering genomen worden.

Ten tweede, een echte evaluatie is nog niet gebeurd. Het gaat om jaarlijkse quota en dus kan de eerste evaluatie pas plaatsvinden na 1 jaar, te weten in juli 2009.

Ondertussen worden de cijfers dagelijks gevolgd en gerapporteerd aan de bevoegde instanties.

Ik kan dan ook meedelen dat het globale aantal primaire preventies ten opzichte van het totaal aantal eerste inplantingen momenteel 31% bedraagt en dus ver onder de limiet van 40% ligt. De meeste centra zitten dus duidelijk onder het quotum, dat momenteel door de conventie wordt opgelegd.

Ook het totale aantal apparaten ligt nog ver onder de drempel van 1.300, zodat wij redelijkerwijs kunnen aannemen dat er geen problemen zullen optreden indien de centra hun huidige werkwijze handhaven.

Tot slot, op vraag van de centra zelf werd een systeem ingevoerd waarbij zij elke maand op de hoogte worden gebracht. Dat vereist een nauwkeurige en dagelijkse opvolging door de administratie. De centra hebben enkele dagen om hun eventuele operatieplannen aan te passen.

Het gaat echter om een klein aantal centra dat flirt met de maximumdrempel. De meeste centra verzekeren ons dat zij ook zelf hun cijfers opvolgen. Redelijkerwijs kunnen zij dan ook voorzien dat zij riskeren geblokkeerd te worden wanneer zij de grens van het maximumquotum bereiken.

02.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitvoerig antwoord. De patiënt die mij heeft gemaïld, bevond zich dus in een van de "flirtende" centra.

Ik vraag mij dan ook af of er iets abnormaal is waardoor sommige centra ineens meer indicaties hebben in primaire preventie en zodoende hun limiet bereiken. Misschien moeten zij de patiënt doorverwijzen naar een ander centrum voor de implantatie, als dat voor hem beter is. Ik begrijp niet dat er zo'n verschil kan zijn, dat sommige zo ver onder de drempel zitten, terwijl andere die nu al overschrijden.

Ik heb begrepen dat het fenomeen op de voet wordt gevolgd.

02.04 Minister Laurette Onkelinx: Het gaat om de primaire preventie.

Er wordt over patiënten gesproken, maar er is toch een verschil.

02.05 Maggie De Block (Open Vld): Dat zijn toch personen met klachten. In het andere geval worden zij immers niet onderzocht. Ik heb mij nog nooit laten onderzoeken, omdat ik een defibrillator nodig zou hebben. Indien er geen klachten zijn of indien er geen hartritmestoornissen zijn, zal de defibrillator ook niet worden voorgesteld. Ik begrijp natuurlijk dat de inplanting van een defibrillator niet wordt geweigerd, indien er al een hartstilstand is geweest. Dat zou er nog aan mankeren.

Een en ander zal waarschijnlijk bij de evaluatie in juni 2009 moeten blijken. Het is goed dat de evaluatie is gevraagd. Ik zal dan ook zo vrij zijn om in oktober 2009 of, indien wij hier nog zijn, in juli 2009 naar die evaluatie te vragen.

La présidente: Nous allons commencer à établir les ordres du jour pour la rentrée d'octobre!

02.06 Maggie De Block (Open Vld): Nous travaillons de toute façon jusqu'au 21 juillet.

02.07 Laurette Onkelinx, ministre: L'évaluation nécessitera un peu de temps.

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

La présidente: La question n° 13238 de M. Gouty est transformée en question écrite.

03 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "problemen met het medicatieschema dat ziekenhuizen meegeven bij ontslag uit het ziekenhuis" (nr. 13371)

03 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes liés au schéma de médication transmise par les hôpitaux aux patients à la fin de leur hospitalisation" (n° 13371)

03.01 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag handelt over het management bij het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis. Naast een brief voor de huisarts en een brief voor de thuisverpleging moet ook een brief over het medicatieschema worden meegegeven.

Uit een onderzoek van de VUB schat men dat jaarlijks 800.000 Belgen hun medicatie niet correct innemen na een verblijf in het ziekenhuis. De redenen hiervoor zijn allerhande. Het onderzoek was relatief beperkt, maar de pijnpunten zijn toch gedetecteerd. De problemen liggen zowel bij de patiënt als bij het ziekenhuis.

In driekwart van de gevallen komt niet de patiënt maar een familielid de medicatie ophalen, waardoor soms belangrijke informatie aan een patiënt verloren gaat. De helft van de patiënten brengt het medicatieschema niet mee naar de apotheker, wat het werk van de apothekers bij dosisaanpassingen, bij veranderingen van medicatie, enzovoort, uiteraard bemoeilijkt. Bij een op vijf medicatieschema's vergeet het ziekenhuis de nodige voorschriften voor één of meer geneesmiddelen mee te geven. Dat zou vooral het geval zijn bij ontslagen tijdens het weekend.

In een derde van de gevallen is het medicatieschema onduidelijk voor de apotheker en bevat het mogelijk foute doses waardoor de apotheker het ziekenhuis of de huisarts moet contacteren. Het medicatieschema bevat soms geneesmiddelen onder een andere merknaam dan wat de patiënt gewend was te nemen, waardoor nogal wat verwarring kan ontstaan en de patiënt zowel zijn oude als zijn nieuwe geneesmiddel inneemt. U weet, mevrouw de minister, dat de ziekenhuizen met een formularium werken dat om praktische redenen beperkt is. Het is gemakkelijk om de thuismedicatie volgens het formularium aan te passen. Daardoor gaat de patiënt weer met andere medicatie naar huis, bijvoorbeeld de merknaam en het generisch medicijn.

In 32% van de gevallen werden meerdere interacties of zelfs contra-indicaties vastgesteld. Het hoeft geen betoog dat therapietrouw na het ontslag en het correct geneesmiddelengebruik na de thuiskomst uit het ziekenhuis essentieel zijn voor een goede behandeling van de patiënt.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van dit ontslagmanagement en de problemen die opduiken met de medicatieschema's? Is het niet wenselijk hieromtrent overleg te plegen met de ziekenhuizen teneinde tot een betere kwaliteit van de medicatieschema's te komen, wat zowel de apotheker, de huisarts als de patiënt toelaat de medicamenteuze behandeling correct te laten verlopen?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, op basis van internationale studies blijkt inderdaad dat 63% van de patiënten die het ziekenhuis verlaten, nadien problemen ondervinden met inname van geneesmiddelen. Rekening houdend met 1,3 miljoen hospitalisaties in België zouden ruim 800.000 patiënten het risico lopen om met een geneesmiddelenprobleem geconfronteerd te worden.

Daarom startte de onderzoeksgroep Transmurale Zorg van de Vrije Universiteit Brussel een onderzoek, onder meer om na te gaan met welke problemen huisapothekers en huisartsen geconfronteerd worden wanneer een van hun patiënten net ontslagen is uit het ziekenhuis. Dit artikel beschrijft de resultaten bij apothekers. Het betrof 261 enquêtes aangeleverd door 82 apothekers. Het onderzoek bracht enkele interessante gegevens aan het licht omtrent geneesmiddelenproblemen bij patiënten na ontslag uit het ziekenhuis.

De door u aangehaalde problemen benadrukken het belang van een correct ingevuld geneesmiddelenschema. Een naadloze informatieoverdracht is een essentieel element in de kernopdrachten van een efficiënt farmaceutisch beleid. Een slechte communicatie bij de informatieoverdracht is immers een belangrijke oorzaak van incidenten met geneesmiddelen.

Mijn diensten bevoegd voor deze problematiek trachten via verschillende initiatieven aan deze problematiek tegemoet te komen. Zo werden er in het kader van e-health projecten ontwikkeld voor het implementeren van het elektronisch voorschrift, waardoor de communicatie in al haar deelaspecten kan worden bevorderd en ondersteund. Dit kan leiden tot het terugschroeven van incidenten met geneesmiddelen.

Een meer concreet project is de evaluatie van de impact van de klinische farmacie in het ziekenhuis. Concreet zijn de opdrachten van een klinische apotheker in dit domein, het opstellen van ontslagbrieven en contact leggen met patiënt, familie, huisarts en anderen om hen te informeren over de geneesmiddelentherapie en te sensibiliseren voor het goede gebruik ervan.

De klinische apotheker kan in deze gevallen eveneens figureren als contactpersoon. Een budget van 1.250.000 euro werd vrijgemaakt voor het opstarten van pilootprojecten. Op dit ogenblik wordt, in het kader van dit project, in zevenentwintig ziekenhuizen klinische farmacie toegepast. Een groot deel van deze projecten besteden specifieke aandacht aan het medicatiegebeuren bij opname en ontslag. De pilootprojecten zijn gestart in juli 2007 en een van de eerste conclusies bevestigt de aangetoonde meerwaarde van de klinische farmacie in een multidisciplinaire context voor de transmurale zorgverlening.

03.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik begrijp dat er reeds werd gerapporteerd over die projecten vermits u zegt dat er al een conclusie is getrokken in verband met een aangetoonde meerwaarde. Wordt daar verder nog iets mee gedaan? Wordt daar beleidsmatig iets mee gedaan? Proefprojecten zijn goed om een probleem te detecteren en om te zien of er enige nood bestaat maar het is toch wel de bedoeling volgens mij dat dit beleidsmatig wordt vertaald.

03.04 Laurette Onkelinx, ministre: J'attends évidemment les propositions qui ressortiront des conclusions des projets pilotes. Les projets pilotes sont temporaires. Il faut donc en faire ressortir des lignes de conduite pour des raisons plus structurelles.

Je suppose que lorsque nous discuterons de la note de politique générale dans quelques temps, nous pourrons par exemple faire des propositions en la matière.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Mme Salvi transforme sa question n° 13373 en question écrite.

04 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beleid inzake de ziekte van Alzheimer" (nr. 13526)

04 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique relative à la maladie d'Alzheimer" (n° 13526)

04.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik heb begrepen dat het renderend kan zijn om een postelectorale vraag te stellen aan de minister. Wij zullen dat dus ook doen voor de alzheimerpatiënten.

Mevrouw de minister, hoewel ons land honderdduizend alzheimerpatiënten telt, staat er een en ander op de helling. In de eerste plaats verwijs ik opnieuw naar de resolutie die eind vorige legislatuur Kamerbreed goedgekeurd werd en waarin onder meer de aandacht gevraagd werd voor een snelle diagnose, snelle behandeling, het in rekening brengen van de kosteneffectiviteit en de vereenvoudiging van de administratieve procedures.

Daarover wil ik het vandaag niet hebben. Overigens, mevrouw de voorzitter, ik richt mij nu tot u met de vraag om eens een namiddag te wijden aan de evaluatie van de uitvoering van de verschillende resoluties. We hebben dat vroeger reeds kunnen aankaarten.

Waar ik het in deze vragen heel kort over wil hebben, is, ten eerste, over de terugbetaling van combinatietherapieën. Ons land is een van de weinige waar de combinatietherapieën nog niet terugbetaald worden. Nochtans is er een studie, onder meer van professor Pacolet, die heel duidelijk heeft aangetoond dat de terugbetaling van de combinatietherapie effectief wel renderend kan zijn, zij het alleen nog maar in termen van uitgaven, van kostprijs.

Er is een nog veel belangrijker element. Combinatietherapieën worden niet terugbetaald voor de ziekte van Alzheimer. Nu, er is een oplistijng gemaakt. Om een voorbeeld te geven, voor epilepsie kost de combinatietherapie 157 euro. Voor de ziekte van Parkinson kost de combinatietherapie 178 euro. Voor reumatoïde artritis kost de combinatietherapie 1.149 euro. Voor de ziekte van Alzheimer zou de combinatietherapie neerkomen op 142 euro. Ik geef die vergelijkingen maar om u aan te tonen dat combinatietherapieën voor andere aandoeningen wel terugbetaald worden, maar niet voor de ziekte van Alzheimer.

Ik kom tot de andere economische aspecten. Voor honderdduizend patiënten met de ziekte van Alzheimer, waarvan 40% in een instelling verblijft, blijkt uit die studie duidelijk dat de directe kosten 12.000 euro per jaar in een thuissituatie en 20.000 euro bij opname in een RVT zouden bedragen. Dat is dus effectief wel een groot verschil voor de publieke overheidsmiddelen, maar soms kan het niet anders.

Ik wil meer vroege diagnoses en vroege behandelingen en dus een vereenvoudiging van de criteria daarvoor. Alzheimerpatiënten moeten al serieus zijn aangetast om in aanmerking te komen voor

terugbetaling. Maar het is precies wanneer ze nog goed zijn of de ziekte in een beginstadium, dat men de patiënt moet beginnen te stabiliseren, om de andere indirecte kosten niet te laten exploderen.

Mevrouw de minister, het is niet alleen een wetenschappelijke onderbouwd, maar ook een maatschappelijk en ethisch debat. We komen juist uit de commissie voor het Wetenschapsbeleid waar is gezegd dat de efficaciteit van geneesmiddelen niet altijd overal dezelfde is. Men mag het kind niet met het badwater weggooien. Het is niet omdat de behandeling in sommige stadia voor bepaalde mensen all over zagezegd niet verantwoord zou zijn, dat men ze voor niemand moet terugbetalen.

Ik denk dat u er wel gevoelig voor kunt zijn dat mensen die het zich kunnen permitteren en voor wie die 142 euro geen overmatige kostprijs is, het wel betalen. Voor hen wordt de therapie voorgeschreven en zij kunnen daarop ingaan, waardoor hun ziekte wordt gestabiliseerd, met alle positieve gevolgen voor hun partner, hun kinderen, hun omgeving. Dat betekent meteen dat er sprake is van een sluipende ongelijkheid inzake de toegankelijkheid tot de behandeling van een aandoening, die toch heel invaliderend is en een grote impact heeft op de omgeving. Ik heb daarvoor drie vragen opgesteld.

Kunt u ons een stand van zaken geven met betrekking tot de uitvoering van de resolutie?

Wat is uw concrete standpunt met betrekking tot de terugbetaling van combinatietherapie voor alzheimerpatiënten? Wanneer plant u de terugbetaling? Voor welke categorieën?

Ten derde, een van de geriaters, die trouwens ook internationaal ons land vertegenwoordigt in de internationale vereniging voor geriaters, heeft heel duidelijke signalen opgevangen dat onze gesubsidieerde onafhankelijke artsenbezoekers huisartsen rechtstreeks afraden om alzheimermedicatie voor te schrijven. Ik verwijs daar alleen maar naar. Ik vind dat verontrustend, want het is natuurlijk niet helemaal juist dat men dat iedereen afraadt.

Men zou, integendeel, moeten aanraden dat artsen de stadia goed definiëren en vooral heel aandachtig letten op de eerste signalen. Ik pleit ervoor dat de huisartsen dat zouden doen, want de huisartsen kennen hun patiënten in hun omgeving en kunnen daardoor die eerste signalen ook het beste opvangen.

Daarnaast is er het ethisch aspect. Patiënten mogen niet teruggrijpen naar de betaling uit eigen zak, waardoor sommigen zouden ontsnappen aan de ongelooflijk vele, soms ontorende onderzoeken. Mevrouw de minister, ik denk dat hier effectief werk aan de winkel is.

Ten slotte wil ik meedelen dat wij in de commissie voor het Wetenschapsbeleid bezig zijn met de gepersonaliseerde geneeskunde. Het is een van de onderdelen waarin genetic testing zeker aan de orde is.

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame Avontroodt, avant de répondre, je souhaiterais vous dire qu'en matière de santé publique, on travaille parfois de manière transversale. C'est notamment le cas dans le programme "maladies chroniques". Il s'agit, entre autres, de rencontrer les problèmes spécifiques à certaines pathologies, comme c'est le cas dans le cadre du Plan Cancer et de la maladie d'Alzheimer, pathologie sur laquelle je travaille beaucoup en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin qui a fait un travail extraordinaire, en émettant des propositions. Magda Aelvoet a en quelque sorte été la porte-parole et le lien avec la Fondation Roi Baudouin pour que nous puissions intégrer toute une série de propositions. Les associations de patients sont, elles aussi, extrêmement actives. Récemment, un congrès s'est tenu aux niveaux belge et européen autour de cette maladie.

D'emblée, je peux vous dire que je souhaiterais en faire une de nos priorités dans le cadre de la présidence européenne, comme l'a fait la France. Cela en vaut véritablement la peine! Ceci étant dit, j'en viens à la réponse proprement dite aux questions.

Als gevolg van de voorstellen die zijn opgenomen in het plan "dementie", dat door het comité voor advies betreffende chronische ziekten is opgesteld, werd een budget van 2,5 miljoen euro toegekend, met het oog op de verbetering van de diagnose en de tenlasteneming van dementerenden.

Verschillende maatregelen worden momenteel voorbereid. Ze hebben betrekking op, ten eerste, de terugbetaling van de gespecialiseerde diagnose van dementie in het kader van een consultatie door een neuroloog, een psychiater, een neuropsychiater of een geriater. De definitieve versie van dit terugbetalingsproject is voorzien voor het najaar.

Ten tweede, de oprichting van een tiental geheugenklinieken, die als opdracht hebben om de mogelijkheden voor een cognitieve revalidatie van de patiënten te onderzoeken, bij de patiënt thuis aangepaste maatregelen te treffen en behandelingen in te stellen. Zij zullen tevens de ondersteuning van de patiënt en de mantelzorger moeten verzekeren. Deze zomer, in 2009, zal een ontwerp van overeenkomst worden opgesteld en zal er een oproep tot kandidaatstelling worden gelanceerd.

Le mot "clinique de la mémoire" n'est peut-être pas adapté: les équipes sont multidisciplinaires et se rendent plutôt chez le patient.

Nous effectuerons une évaluation, mais ce dispositif me paraît vraiment être d'avenir. Si l'évaluation est positive, nous pourrions augmenter le nombre de ces cliniques de la mémoire.

Ten derde, de opleiding voor de huisartsen om de problematiek onder hun aandacht te brengen en een vroegtijdige diagnose van de ziekte te bevorderen.

Je répète qu'au sein des associations de patients, la demande est forte pour cette formation, notamment des médecins généralistes. En effet, on sait que, au plus tôt le diagnostic est posé, au plus tôt le travail multidisciplinaire peut se mettre en place.

Verder is er de opleiding op het vlak van de tenlasteneming van dementerenden voor het personeel in de thuisverpleging.

De aangepaste tenlasteneming van die patiënten in de dagcentra zal in de toekomst gebaseerd zijn op de gespecialiseerde diagnose van de ziekte. Het plan beoogt ook prioriteit voor de chronisch zieken. Wij willen het huidige initiatief ten behoeve van patiënten met multiple sclerose of de ziekte van Huntington tot andere categorieën van chronisch zieken uit te breiden. Het gaat er daarbij om voldoende opvangcapaciteit te creëren in verblijfseenheden en in eenheden die gespecialiseerde verzorging verlenen aan de zwaarste gevallen, die thuis niet meer ten laste genomen kunnen worden.

Het programma voorziet ook in de ontwikkeling van structuren voor respijtzorg waar de patiënten tijdelijk kunnen worden opgevangen zodat hun omgeving de mogelijkheid krijgt wat uit te blazen, meer bepaald voor aandoeningen die belastend zijn voor de omgeving van de chronisch zieke, zoals geestelijke gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld alzheimer.

Je me suis notamment rendue récemment à l'ouverture de ces places pour les malades de la chorée de Huntington, à Liège. Le projet est très attendu dans certaines unités hospitalières.

Ten tweede, betreffende de maatregelen die ik al heb genomen in verband met de globale aanpak van de behandeling van de ziekte van Alzheimer, deel ik u mee dat alle antialzheimermiddelen die beschikbaar zijn op de Belgische markt, worden terugbetaald. Wat de terugbetaling van combinatietherapieën betreft, wordt de gelijktijdige terugbetaling van verschillende antialzheimermiddelen inderdaad niet toegestaan.

Het KCE realiseert thans een studie met als doelstelling te onderzoeken welke zorg het best de levenskwaliteit van een patiënt met de ziekte van Alzheimer kan bevorderen. De effectiviteit en de kosteneffectiviteit van zowel de medicamenteuze als de gedragsmatige, psychosociale aanpak om de levenskwaliteit te verbeteren, zullen worden onderzocht. Op basis hiervan zullen specifieke aanbevelingen worden opgesteld op het vlak van organisatie en financiering van Alzheimer, dementiezorg in België. Op basis van deze aanbevelingen zou een revaluatie van de vergoedingsmodaliteiten van de antialzheimergeneesmiddelen kunnen worden overwogen.

Ten derde, het Federale Agentschap voor Geneesmiddelen heeft aan het Kenniscentrum voorgesteld een studie te realiseren over de impact van informatie verspreid door de onafhankelijke medische bezoekers op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Dit onderzoeksproject zal in 2009 gebeuren. De geneesmiddelen bij dementie maken deel uit van de farmacotherapeutische groepen waarvan het voorschrift het voorwerp van observatie zal zijn. De conclusies van het rapport worden tegen het einde van het jaar 2009 verwacht.

04.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord, waarin een aantal vragen nog niet concreet werden beantwoord.

Mijn vraag blijft. Wordt er aan de onafhankelijke artsenbezoekers gestandaardiseerde informatie meegegeven? Krijgen zij richtlijnen mee? Moeten voornoemde richtlijnen worden gevolgd? U antwoordde immers dat er nu een studieopdracht is gegeven om de impact te meten. Zult u evalueren?

Mijn vraag is heel concreet de volgende. Krijgen de betrokkenen hun kooklijstje mee, waarop staat wat zij moeten, wat zij wel en niet mogen zeggen? Blijkbaar wordt immers verspreid dat zij het voorschrijven ervan moeten afraden.

Autoriteiten zoals professor Baeyens, die toch een eminente geriater is en het onderzoeksdomein heel goed kent, merken op dat het voorgaande de processie van Echternach is. Wij gaan in dat geval immers achteruit, omdat de remedie specifiek de vroegtijdige ontdekking bevordert.

Mevrouw de minister, het doet mij plezier dat u veel kennis hebt van onderhavige problematiek. Ik zou niettemin het antwoord willen weten op de vraag of u onderzoekt wie de opdracht geeft.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre: En ce qui concerne les visiteurs médicaux indépendants, j'ignore s'ils viennent avec un vade-mecum précis, s'ils le font tous ou seulement certains, si c'est sur base volontaire ou non. Je ne tiens pas à inventer, donc je compléterai ma réponse.

04.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, het is zeer positief dat u de geheugenklinieken en de dagopvang een kans geeft. Het is goed dat dit transversaal gebeurt, dat daarvoor middelen worden uitgetrokken en dat de patiëntenverenigingen daarbij worden betrokken.

Toch wil ik het volgende vragen. Ik weet wel dat de neurologen en de neuropsychiater het zelf willen doen, maar dan wordt men geconfronteerd met de wachttijden. Men moet zich dat goed realiseren. Het begin van Alzheimer wordt vastgesteld, maar daarna worden de patiënten geconfronteerd met zeer lange wachttijden vooraleer zij een volledig onderzoek kunnen ondergaan, precies omdat er zo selectief wordt bepaald dat het door een neuroloog, een neuropsychiater of geriater moet gebeuren.

Uit mijn informatie blijkt dat de meeste van die autoriteiten reeds volgeboekt zijn. Dat wil zeggen dat men soms tot drie maanden moet wachten - zonder recht op terugbetaling - vooraleer men een juiste diagnose krijgt. Daarom raden huisartsen de therapie te volgen, vermits dat vanaf het beginstadium moet gebeuren. Alles staat en valt met de juiste diagnose en een snelle therapie. Ik vind dat de huisartsen een grote detecterende rol hebben in deze. U onderkent dat zelf ook. Zij kennen immers hun patiënten van vroeger en kunnen als eerste die signalen duiden.

Ik pleit voor een uitbreiding van de mogelijkheden voor snelle diagnose door de huisartsen. Dit is misschien een van de elementen waarmee u kunt rekening houden wanneer u richtlijnen opstelt ten aanzien van de huisartsen.

04.06 Laurette Onkelinx, ministre: Ce que j'entends des associations de patients ou plutôt de leurs conjoints – vous savez comment fonctionnent ces associations –, c'est qu'ils ont justement eu un problème de reconnaissance de la maladie par les médecins généralistes.

Comme je l'ai dit, il faut les former. Un programme est prévu pour ce faire.

Mais, tout d'abord, il faut rembourser, pour l'automne prochain, le diagnostic posé par des spécialistes. Ce remboursement va soutenir la démarche pour un diagnostic plus rapide.

Cela étant dit, d'autres problèmes s'ajoutent à cela – je plaide pour une certaine chapelle, passons. On sait par exemple qu'il y a trop peu de gériatres en Belgique. Le cadastre des spécialistes prévu pour la fin de l'année nous permettra de voir comment on peut résoudre ce problème.

Je le répète, je pense que dans un premier temps, il faut travailler sur le remboursement du diagnostic posé par des spécialistes. Ensuite, on formera les médecins généralistes et puis, on évaluera le résultat. Selon moi, il ne faut pas commencer à travailler sur le diagnostic des médecins généralistes, même s'ils doivent être impliqués pour figurer dans la chaîne multidisciplinaire autour du patient.

04.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): Daarmee ga ik volledig akkoord, als ze maar betrokken zijn.

Wat uw derde antwoord betreft, wacht u op de studie van het Kenniscentrum vooraleer u een beslissing neemt inzake de combinatietherapie?

04.08 Laurette Onkelinx, ministre: Absolument.

La **présidente**: Avant de clore le sujet, je voudrais revenir sur un élément qui concerne le médecin généraliste. Pour des pathologies plus complexes, les médecins généralistes souhaitent pouvoir travailler en équipes pluridisciplinaires, de manière à leur permettre de confronter le patient qui présente des symptômes ou un éventuel syndrome à plusieurs spécialistes avant de poser un diagnostic.

À chaque commission, on en revient à l'offre médicale et à son organisation. Il faudra que nous acceptions d'élargir la réflexion sur ce sujet.

04.09 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a une différence entre le diagnostic posé et la prise en charge dans le cadre d'un trajet de soins. Nous en avons d'ailleurs discuté; le trajet de soins sera aussi effectif pour le diabète, comme c'est déjà le cas pour l'infection rénale chronique.

Chez certains patients, on pensait au départ qu'il s'agissait d'une dépression nerveuse.

La **présidente**: Certains symptômes sont effectivement les mêmes.

04.10 Yolande Avontroodt (Open Vld): (...)

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over over "de inlichting van de partner van een hiv-patient" (nr. 13380)

05 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'information du partenaire d'un patient atteint du sida" (n° 13380)

05.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, ik had gelijktijdig een vraag in de commissie voor het Bedrijfsleven. Daarom ben ik iets later.

Mevrouw de minister, vroeger was het eenvoudig. Ook voor de arts was het verboden, vanwege het beroepsgeheim, dat hij de partner van een hiv-patiënt zou inlichten. Nu kan een arts uitzonderlijk het medisch geheim doorbreken en zelf de partner op de hoogte brengen van een seropositieve patiënt, indien de hiv-patiënt zelf weigert om dit te doen. De arts is hiervoor echter persoonlijk aansprakelijk, wat een vorm van rechtsonzekerheid met zich meebrengt.

Mevrouw de minister, wat zijn de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om het beroepsgeheim te kunnen doorbreken? Zou het voor de artsen niet meer rechtszekerheid bieden en voor de partners van HIV-patiënten niet meer bescherming indien de arts altijd de noodtoestand zou mogen invoeren en de partner van een HIV-patiënt altijd op de hoogte zou mogen brengen van de seropositiviteit? Overweegt u een initiatief om de arts toe te laten deze voor de partner levenbelangrijke informatie te kunnen verstrekken of de noodtoestand altijd te mogen invoeren?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Bont, artikel 458 van het Strafwetboek bestraft elke schending van het beroepsgeheim. De medische deontologische code neemt dit algemeen principe over.

De rechtspraak heeft echter erkend dat een noodtoestand bij wijze van uitzondering een afwijking kan vormen op de verplichting om het beroepsgeheim te bewaren. In dit kader heeft de Nationale Raad van Geneesheren zich tijdens zijn zittingen van 3 februari 2007 en 21 maart 2009 gebogen over de houding die een arts moet aannemen tegenover een patiënt die HIV-seropositief is en die zou weigeren de noodzakelijke maatregelen te nemen om te voorkomen dat zijn partner wordt besmet.

De Nationale Raad adviseert de artsen die met een dergelijke situatie worden geconfronteerd een aanpak te

volgen die uit meerdere stappen bestaat en die hen helpt om zo goed mogelijk te handelen volgens hun geweten en naargelang het geval.

Uit de lectuur van beide adviezen blijkt duidelijk dat de nationale raad niet de bedoeling heeft het principe van het medisch geheim te schenden maar wel de mogelijkheid te onderzoeken om in uitzonderlijke gevallen de noodtoestand in te roepen wanneer er een risico op besmetting met het hiv-virus bestaat.

Elke arts is dan ook nog steeds aan het beroepsgeheim gebonden. Ingeval dit geheim wordt geschonden is alleen de rechter bevoegd om te beslissen of de arts moet gesanctioneerd worden of niet, rekening houdend met de noodtoestand.

05.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, u schetst de toestand zoals hij vandaag is, maar daarmee behoudt u nog steeds de rechtsonzekerheid. Het is immers zo dat de arts moet handelen volgens zijn geweten. Dat is echter niet precies gedefinieerd.

Het zou mogelijk moeten zijn in een specifiek geval wettelijk toe te staan om dat beroepsgeheim niet te willen, maar te mogen overtreden. Hoe weet een arts immers dat de patiënt de nodige maatregelen neemt om zijn partner te beschermen? Daarvan is hij toch ook niet altijd voor honderd procent op de hoogte.

U schetst de toestand zoals hij is, maar dat maakt het voor de artsen nog niet duidelijker wat zij vandaag mogen doen. Handelen volgens hun geweten, dat vind ik een vrij vage uitdrukking.

05.04 Laurette Onkelinx, ministre: Mais si vous obligez à lever le secret professionnel, certaines personnes n'iront plus consulter leur médecin. C'est encore plus grave! Il faut toujours travailler d'une manière qui dépasse un cadre législatif et qui autorise une certaine souplesse et intelligence au sein du dialogue.

05.05 Rita De Bont (Vlaams Belang): Ik zou het niet verplichten, maar wel toestaan, zodat ze niet kunnen worden vervolgd als ze het doen. Dat is nog iets anders.

La **présidente**: La question de la conscience dépendra toujours de l'appréciation de la manière d'être le plus efficace ...

05.06 Rita De Bont (Vlaams Belang): Men kan niet alles in wetgeving vastleggen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijke gevolgen van het gebruik van de waterpijp" (nr. 13389)

06 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets nocifs de l'utilisation de la pipe à eau" (n° 13389)

06.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de nieuwe wetgeving om het tabaks- en alcoholgebruik in te perken, wegens de nadelige gevolgen voor de volksgezondheid, is nog niet afgerond. Ze staat namelijk nog op de agenda van de commissie voor de Volksgezondheid en zal nog besproken worden voor het reces. Ondertussen doet er zich echter al een nieuw probleem of fenomeen voor, namelijk het gebruik van de waterpijp.

Over het gebruik van deze waterpijp wordt beweerd dat de nadelige gevolgen van een sessie van 20 of 30 minuten ongeveer even groot zijn als de nadelige gevolgen van het roken van 10 sigaretten. Dat is toch niet weinig. Deze gegevens zouden doorgegeven zijn aan de FOD Volksgezondheid.

Ik heb de volgende vragen.

Ten eerste, wat is de reactie van de FOD Volksgezondheid op deze informatie?

Ten tweede, bent u van plan om verdere studies te laten uitvoeren over de nadelige gevolgen van het gebruik van de waterpijp?

Ten derde, bent u van plan om het gebruik van de waterpijp te ontraden aan de hand van wetgeving of aan de hand van een of andere informatiecampagne?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, nous avons déjà discuté de la pipe à eau. Pour plus de précisions, je me permets de vous demander de consulter la réponse à la question posée par Mme Déom, le 27 janvier 2009, sur la nocivité des narguils, chichas et autres pipes à eau.

D'après l'OMS, le passage de la fumée dans l'eau réduit probablement peu, voire pas du tout la teneur en produits toxiques et carcinogènes pour les poumons et l'absorption de monoxyde de carbone, poison cardiovasculaire, peut être très élevée en raison des importants volumes inhalés et du fait que la source de chaleur est habituellement constituée de charbon ou de braises qui produisent de fortes doses de monoxyde de carbone. Ainsi, la quantité de fumée inhalée lors de l'utilisation d'une pipe à eau peut être jusqu'à trente fois plus importante que lors de la consommation d'une cigarette. Des maladies graves, tels que des cancers, des maladies pulmonaires, des maladies cardiovasculaires sont associées à l'utilisation de chichas.

De plus, comme pour les autres produits du tabac à fumer, les fumées secondaires provoquent également des risques sanitaires chez les non-fumeurs qui se trouvent à proximité et également pour le fœtus de la femme enceinte.

La Coalition nationale de lutte contre le tabagisme, qui regroupe diverses associations, a mené une enquête auprès de 1.049 jeunes de 17 et 18 ans sur les différents types de tabac utilisés, notamment la chicha. Les résultats de cette enquête révèlent que 54% des jeunes avaient déjà utilisé une chicha.

De manière intéressante encore, cette enquête révèle en outre que les jeunes qui parlent turc ou arabe à la maison sont environ 43% à avoir fait cette expérience. Il apparaît donc que la pipe à eau sort de son cadre, considéré auparavant comme plus traditionnel, pour toucher l'ensemble de la population.

Par ailleurs, les fausses croyances vis-à-vis de cette pratique sont importantes: 23% des jeunes pensent que les chichas sont moins dangereuses que les autres produits du tabac.

De maatregelen die het tabaksgebruik moeten bestrijden, zoals het reclameverbod, het verbod op de verkoop aan jongeren van minder dan zestien jaar en het verbod op roken in openbare ruimten, zijn van toepassing op alle tabaksproducten. Het gebruik van waterpijpen en de verkoop van tabak die daarvoor bestemd is, zijn dus onderworpen aan die regels. Voorts moeten op deze producten, overeenkomstig het KB van 13 augustus 1990, net zoals op alle andere tabaksproducten die bestemd zijn om gerookt te worden, gezondheidswaarschuwingen vermeld staan. Momenteel zijn mijn diensten trouwens een verdere uitbouw van deze maatregelen aan het voorbereiden en denken ze na over het aanbrengen van gecombineerde waarschuwingen met een foto op alle voor roken bestemde tabaksproducten, met uitzondering van sigaren, en dus niet alleen meer op sigaretten. Hierdoor zouden de consumenten zich meer bewust moeten worden van de toxiciteit van die producten. De Inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid ziet toe op de naleving van de verschillende wettelijke maatregelen en zal extra waakzaam zijn voor de problematiek van de waterpijpen, die aan populariteit winnen bij de jeugd.

Eventuele promotiecampagnes zijn uiteraard een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Toch wordt er in het kader van de Europese campagne Help in heel het land een informatiefolder voor jongeren verspreid met als titel "Chicha, agréable à fumer, dangereux pour la santé" via de lokale gezondheidscentra, de tabacologen, de centres d'aide aux fumeurs en de diensten die actief zijn in de preventie van verslavingen, Fedito in de Franse Gemeenschap, en via de LOGO's in Vlaanderen.

06.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik ben tevreden dat de maatregelen die we nemen tegen het roken in het algemeen, ook van toepassing zijn op de waterpijp, zodat de horeca zich niet heroriënteert, waarna men weer nieuwe aanpassingen moet maken. Het is inderdaad nog gevaarlijker dan het gewone rookgedrag. Sensibiliseringscampagnes zijn inderdaad een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Als daarvoor al acties op federaal vlak worden genomen, verwelkomen we dat. We zullen er bij de collega's van de Gemeenschappen op aandringen om nog een extra sensibiliseringactie te ondernemen.

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

La **présidente**: Mme Muylle étant absente, sa question n° 13521 est supprimée. M. Goutry a, quant à lui, demandé de reporter ses questions n^{os} 13558 et 13568.

Le développement des questions et interpellations se termine à 15.30 heures.

De behandeling van de vragen en interpellaties eindigt om 15.30 uur.