

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 3 FEBRUARI 2010

Namiddag

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

du

MERCREDI 3 FEVRIER 2010

Après-midi

La séance est ouverte à 14.21 heures et présidée par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers.

De vergadering wordt geopend om 14.21 uur en voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

01 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de Codex Alimentarius" (nr. 18179)

01 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le Codex Alimentarius" (n° 18179)

01.01 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, aan de implementatie van de Codex Alimentarius, die internationale standaard inzake kwaliteit van voedsel ingang wil doen vinden volgens de Wereldgezondheidsorganisatie en de Internationale Voedsel- en Landbouworganisatie, zal volgens verschillende bronnen worden gewerkt. Elk dier dat in de voedselketen terechtkomt zou onder andere met antibiotica en exotische groeihormonen behandeld moeten worden. Daarnaast zou al het voedsel dat in de voedselketen terechtkomt moeten worden bestraald. Bepaalde voedingssupplementen zoals vitaminen en mineralen zouden illegaal worden. Alle alternatieve medicijnen zouden als geneesmiddelen worden beschouwd en uitsluitend verkrijgbaar zijn op doktersrecept. Onrust groeit bij sommige burgers dat ook biovoeding geleidelijk aan verboden zou worden.

Kloppen deze feiten? Wat is de houding van de minister tegenover deze verregaande bepalingen van de Codex Alimentarius? Zijn voormelde maatregelen reeds van kracht binnen de Europese Gemeenschap? Wanneer worden deze maatregelen van kracht in België? Wordt hierbij in begeleidende overgangsmaatregelen voorzien? Indien ja, welke?

01.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** : Mevrouw de voorzitter, collega's, ik dank mevrouw della Faille voor haar vraag. Ik lees u het antwoord van mevrouw Onkelinx voor.

Sinds de oprichting van de Codex Alimentarius Commissie in juni 1953 werden alle belangrijke aspecten in verband met de gezondheid van de consumenten en de loyale praktijken bij de handel in voedingswaren ter onderzoek aan deze commissie voorgelegd. Deze werd een unieke referentie op internationale schaal. Een van de werkpijlers van deze commissie was dat zij zich boog over het schrijven van een codex alimentarius die als volgt kan worden samengevat: een bundel van normen, leidraden, richtlijnen en andere aanbevelingen. Bepaalde van deze teksten zijn zeer algemeen, andere dan weer zeer specifiek. Sommige handelen over gedetailleerde criteria met betrekking tot een voedingsmiddel of een groep van voedingsmiddelen, terwijl andere handelen over het beheer van de productieprocessen of de toepassing van de reglementaire systemen van de overheden om de voedselveiligheid en de bescherming van de consumenten te garanderen.

Alle nuttige informatie betreffende deze codex alimentarius kan worden gevonden op de website www.codexalimentarius.net.

In elke lidstaat is er een contactpunt gevestigd. In België is het contactpunt ondergebracht bij de Dienst Voedingsmiddelen, Dierenvoeders en Andere Consumptieproducten van het Directoraat-generaal Dier, Plant en Voeding van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Het elektronische adres van dit contactpunt is codex@els.fgov.be.

België neemt actief deel aan de werkzaamheden van de Codex Alimentarius Commissie en aan de voornaamste hulporganen, zoals de comités en de specifieke werkgroepen inzake additieven, contaminanten, hygiëne, etikettering, voeding en dieetvoeding, GGO's, dierenvoeding en bepaalde comités van producten.

Tijdens deze vergadering wordt België volgens de behandelde materie vertegenwoordigd door ambtenaren van de FOD Volksgezondheid, het Federaal Agentschap en de FOD Economie. In dit kader wordt geen enkele financiële implicatie gevraagd, tenzij de deelname van de experts aan de verschillende opdrachten in het buitenland.

De commissie beveelt aan dat elke lidstaat zou beschikken over een nationaal comité van de Codex Alimentarius waarin alle betrokken partijen worden samengebracht. In België doet de adviesraad inzake voedselbeleid en gebruik van andere consumptieproducten dienst als nationaal comité. Tijdens de vergaderingen van deze adviesraad wordt regelmatig verslag uitgebracht over de werkzaamheden in de Codex Alimentarius Commissie.

Sinds enkele jaren vinden er regelmatig campagnes plaats tegen de werkzaamheden van de Codex Alimentarius Commissie, hoofdzakelijk via elektronische weg. Deze campagnes hebben het vaakst betrekking op voedingssupplementen, de bestraling van voedingsmiddelen en diergeneeskundige geneesmiddelen. Deze campagnes zijn gebaseerd op leugens en halve waarheden en hebben vaak als enig doel om reclame te maken voor voedingssupplementen die vitamines en mineralen bevatten. De verantwoordelijken van deze campagne zijn door de FOD goed gekend. Zij nemen deel aan de vergaderingen van de Codex Alimentarius Commissie als observatoren en zijn dus heel goed ingelicht over de doelstellingen en de werkwijze van de Codex.

Ter herinnering, de Codex wil de verkoop van voedingssupplementen niet verbieden, maar wil wel een juridisch kader voor de verkoop creëren, rekening houdend met de principes inzake voedselveiligheid en volksgezondheid.

De normen die door de Codex worden gedefinieerd voor de voedingssupplementen die vitamines en mineralen bevatten, zijn in overeenstemming met de Belgische wetgeving en de Europese wetgeving inzake voedingssupplementen.

De Codex Alimentarius heeft evenmin de bestraling van voedingswaren verplicht gemaakt. Er werden weliswaar regels gedefinieerd, zodat de bestraalde voedingswaren aan de algemene principes inzake voedselveiligheid beantwoorden. Voor voeding van dierlijke oorsprong heeft de Codex Alimentarius grenzen vastgelegd, wat betreft de residuen van hormonen en antibiotica die kunnen dienen als geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik. Het gebruik van deze stoffen werd helemaal niet verplicht gemaakt.

01.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, zoals u bij het lezen van mijn vraag begrepen hebt, had ik zelf de juiste informatie niet. Ik meen dat dit het probleem is bij onze burgers, maar ik heb uit uw uitleg vernomen dat de Codex een heel serieuze aangelegenheid is, met onder meer als doel een juridisch kader voor de verkoop van voedingssupplementen te creëren. Dat is zeker noodzakelijk, maar ik wil u wel vragen om iets te doen aan de communicatie, om de tegenstanders van de Codex de mond te snoeren. Op internet worden de wildste geruchten verspreid en die worden veel gelezen. Op de duur weet de burger het niet meer. Er worden ook geruchten verspreid via de biowinkels. Sommige apothekers weten het ook niet. Ik wil daarom nog meer de nadruk leggen op een duidelijke communicatie.

01.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée : Ik neem akte van uw repliek. Ik zal mevrouw Onkelinx op de hoogte brengen van uw voorstel.

01.05 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Ik dank u voor uw uitgebreid en heel duidelijk antwoord, mijnheer de staatssecretaris.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 18195 de Mme Yolande Avontroodt est reportée.

02 **Vraag van mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de sterilisatie van katten" (nr. 18258)**

02 **Question de Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la stérilisation des chats" (n° 18258)**

02.01 **Magda Raemaekers** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, eind vorig jaar mochten wij tot onze grote tevredenheid in de media lezen dat u overweegt om alle jonge katjes in asielen, kwekerijen en dierenwinkels verplicht te laten steriliseren.

Ik kan alleen maar toejuichen dat u dit initiatief wil nemen en dat u hiervoor de nodige stappen zult zetten. Temeer nog, het zou een halt toeroepen aan de overbevolking op termijn van kittens en katten in de opvangcentra, zowel van huiskatten als van zwerkatten. Gemeenten moeten nu geld en personeel uittrekken om de wilde katten op hun grondgebied te vangen, te laten steriliseren en achteraf terug te zetten. Uw maatregel zou dan ook ondersteunend werken mocht u de gemeenten hierbij tegemoetkomen.

Ik zou er willen op wijzen dat wij naast de verplichte sterilisatie en castratie ook pleiten voor een verplichte identificatie van huiskatten. Katten zijn immers dieren die men moeilijk in huis kan houden. Ze zijn nogal eigenzinnig en gaan graag hun eigen weg. Ik ben ervan overtuigd dat in onze asielen ook heel wat huiskatten terechtkomen die de weg terug naar huis niet vinden omdat de eigenaar niet geïdentificeerd kan worden. Door een verplichte identificatie kan dit euvel uit de wereld geholpen worden. Ik verwijs ook naar de adviezen van de Raad voor Dierenwelzijn waarin wordt gepleit voor de identificatie van kittens die verhandeld worden door zowel de asielen, de kwekers als de dierenwinkels.

Ik heb ook begrepen dat u nog een wetenschappelijke studie besteld hebt om na te gaan of de vroegsterilisatie/castratie van kittens geen gevaar inhoudt voor de gezondheid van deze dieren. Ik zou ter zake toch even willen verwijzen naar landen als Amerika, Canada of Engeland waar deze technieken al meer dan 50 jaar toegepast worden. Bovendien wordt het concept door verschillende grote diergeneeskundige organisaties ondersteund. Meerdere onderzoeken hebben immers reeds aangetoond dat een vroege sterilisatie of castratie geen negatieve gevolgen hebben voor de ontwikkeling van de kittens.

Vermits ik denk dat we de problematiek snel en adequaat moeten oplossen, kan ik u volgende vragen stellen.

Kunt u mij zeggen bij welke instelling u bijkomend wetenschappelijk onderzoek hebt aangevraagd? Is dit reeds gebeurd? Zo ja, wanneer worden de resultaten verwacht?

Overweegt u om naast een verplichte sterilisatie of castratie, wat trouwens ook bij honden verplicht is, ook over te gaan tot een verplichte identificatie van huiskatten zodat verloren gelopen katten makkelijker kunnen toegewezen worden aan hun eigenaar?

Hebt u een zicht op het beleid dat door de diverse gemeenten genomen wordt inzake zwerkatten? Is hier eventuele bijsturing aan de orde?

Het is reeds een verplichting voor elke gemeente om zwervende, verloren of achtergelaten dieren op te vangen. Wat echter nog geen verplichting is, is een specifiek zwerkattenbeleid met een kattenvanger. Daar is een heel grote nood aan gezien het toenemend aantal wilde katten in elke gemeente. Elke gemeente kampt daarom ook enorm met dit probleem.

Ik merk in veel gemeenten dat die katten nog aan hun lot overgelaten worden.

02.02 **Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** : Mevrouw, ik zal u het antwoord van mevrouw Onkelinx voorlezen.

Zoals vermeld in de beleidsnota werd de wetenschappelijke studie met betrekking tot de sterilisatie van

katten verricht door de faculteit voor diergeneeskunde in Gent. Zij zou in september 2012 moeten zijn afgerond.

Uiteraard spreekt het voor zich dat een verloren kat meer kans heeft om aan zijn eigenaar terugbezorgd te worden als het dier in kwestie geïdentificeerd is. Daarom zou de verplichte identificatie van alle katten een goede zaak zijn. Momenteel is de identificatie alleen verplicht voor katten die door fokkers verkocht worden. Bij de controles die mijn inspectiediensten uitvoeren, kan immers makkelijk worden nagekeken bij de kittens of die maatregel wordt toegepast.

Controle van de identificatie bij volwassen katten is daarentegen moeilijk, zo niet onmogelijk, aangezien de katten bij de meeste eigenaars over het algemeen vrij naar buiten mogen. Toch heb ik de dienst Dierenwelzijn van het departement verzocht om een meerjarenplan op te stellen met onder andere de verplichte identificatie om iets te doen aan de overbevolking in de opvangcentra.

De minister heeft geen totaalbeeld van het aantal gemeenten dat een zwervkattenbeleid voert, maar heeft wel weet van enkele gemeenten. Daarom staat zij volledig achter het voorstel van de Raad voor Dierenwelzijn om alle gemeenten te verplichten een actieplan inzake zwervkatten uit te werken. Zij heeft haar diensten dan ook de opdracht gegeven om een wetgeving ter zake uit te werken, zoals vermeld in haar beleidsnota.

02.03 Magda Raemaekers (sp.a): Mijnheer de staatssecretaris, hartelijk dank dat u dit aan de minister wil overbrengen. Een en ander zal een heel grote opluchting zijn voor de gemeentes. Vooral kleine en landelijke gemeentes kampen met het probleem. Wanneer een actieplan opgelegd wordt, kan geen enkele gemeente daar nog onderuit en zullen de burgers ook een beetje meer content zijn.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 18263 de Mme Clotilde Nyssens est transformée en question écrite.

03 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de organisatie van de artsverkiezingen" (nr. 18275)

03 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'organisation des élections au sein des syndicats de médecins" (n° 18275)

03.01 Koen Bultinck (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik kom even terug op de fameuze organisatie van de artsverkiezingen. Uiteraard hebben wij via de Ministerraad van 8 januari akte genomen van de procedure voor de artsverkiezingen. Uiteindelijk is het grote novum dat men de artsverkiezingen ook via elektronische weg zou toelaten. U zult zich ongetwijfeld, deels vanuit uw vorig leven, zeer levendig herinneren dat er in de voorbije jaren uitgerekend in dit Parlement een grote consensus gegroeid was om artsverkiezingen en syndicaten toe te laten waar er eigenlijk alleen monodisciplinaire syndicaten zouden kunnen participeren, met andere woorden syndicaten die alleen uit huisartsen bestonden en waartoe de specialisten niet behoorden. In de nieuwe procedure zoals ze voorzien is voor de artsverkiezing van juni aanstaande wordt daar zoals blijkt, waarschijnlijk opnieuw niet op ingegaan.

Ik heb dan ook een drietal concrete vragen. Kunt u wat nadere uitleg verstrekken bij de kiesprocedure zoals ze voorzien is? In welke mate verschilt die van de kiesprocedure uit het verleden? Kunt u al dan niet bevestigen dat monodisciplinaire syndicaten al dan niet zouden kunnen deelnemen aan de artsverkiezing? Waarom is dat dan uiteindelijk zo?

03.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée : Mevrouw de voorzitter, ik heb inderdaad een lang antwoord van de minister.

De reglementaire ontwerp teksten die aan de Ministerraad van vrijdag 8 januari jongstleden werden voorgelegd, hebben voornamelijk betrekking op wijzigingen betreffende de stemmodaliteiten, in het bijzonder om artsen die aan de vrije stemming deel wensen te nemen, de mogelijkheid te bieden hun stem uit te brengen via een informaticatoepassing aan hun computer. Op uitdrukkelijk verzoek van de representatieve artsorganisaties werd ook de oude mogelijkheid behouden voor de artsen om via een klassieke procedure

hun stem op papier uit te brengen. De procedure voor de raadpleging van de voorlopige kiezerslijst zal ook worden gemoderniseerd via het creëren van de mogelijkheid van een elektronische raadpleging.

Ik vestig uw aandacht erop dat er geen wijzigingen zijn voorgesteld aan de vereisten waaraan een representatieve organisatie of een groepering van representatieve organisaties moet voldoen om zich kandidaat te kunnen stellen. Het multidisciplinaire karakter van de instantie dat vereist dat zowel de belangen van de huisartsen als van de specialisten worden verdedigd, blijft dus een te vervullen voorwaarde. Sommigen hebben de jongste tijd de suggestie gedaan om in de toekomst monodisciplinaire representatieve organisaties de mogelijkheid te geven aan de medische verkiezingen deel te nemen. Het debat over de monodisciplinaire syndicaten van geneesheren is niet nieuw; het werd uitgebreid gevoerd tijdens de vorige regeringsperiode.

Ik blijf bij de standpunten van mijn voorganger en verdedig een unieke nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen met multidisciplinaire syndicaten. Hoewel het evident is dat de huisartsgeneeskundige een plaats heeft in het overleg tussen artsen en ziekenfondsen, zou de toelating aan monodisciplinaire syndicaten om aan de verkiezingen deel te nemen, volgens mij de tegenstellingen tussen de artsen alleen doen toenemen. Bovendien - en dit is het voornaamste argument - rechtvaardigt niets op het vlak van de organisatie van onze zorg de scheiding tussen huisartsen en specialisten wat de medische vertegenwoordiging betreft.

Dan zou men toegeven dat elke specialiteit zich verenigt in een representatief syndicaat, dat bij de medische verkiezingen zou mogen opkomen. De situatie zou volledig onbeheersbaar worden en die vertegenwoordiging zou aanzienlijk verzwakt zijn. Die situatie zou daarenboven haast onoplosbare problemen opleveren inzake de samenstelling van de commissie geneesheren-ziekenfondsen.

Ik heb bovendien de indruk dat de huisartsen zeer goed vertegenwoordigd zijn bij de huidige verdeling van de mandaten in die commissie, wat ten overvloede aantoont dat de multidisciplinaire syndicaten de vertegenwoordiging van de huisartsen niet verzwakt.

Tot slot herinner ik eraan dat de RIZIV-wet in mogelijkheden voorziet om verenigingen te creëren tussen syndicaten van specialisten en van huisartsen, waardoor het op een redelijk soepele manier mogelijk wordt om gemeenschappelijke lijsten voor te dragen bij de medische verkiezingen, zonder dat de verschillende componenten hun identiteit verliezen. Dat verenigingsmodel werd trouwens verkozen door de huidige vertegenwoordigers van het medisch korps.

Ik voeg er nog aan toe dat de huisartsen en de specialisten moeten samenwerken in het belang van de patiënt.

Tot daar gaat het antwoord van de minister.

De **voorzitter**: Dat is een heel volledig antwoord.

03.03 Koen Bultinck (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u uiteraard voor uw antwoord, maar ik zal niet verbergen dat ik toch wel wat ontgoocheld ben over het inhoudelijk deel ervan.

Uiterekend u zult wel weten, vanuit uw vorig leven in de commissie voor de Sociale Zaken, dat wij in de vorige legislatuur vrij ver gevorderd waren met heel het debat over de artsenverkiezingen en de mogelijkheid om aan artsensyndicaten die alleen uit huisartsen bestonden, de kans te geven om aan artsenverkiezingen deel te nemen. Ik stel vast dat de huidige minister het standpunt van de vorige minister, de heer Demotte, in dezen blijft volgen.

Voor een stuk bestaan er een aantal gevoeligheden. Er zouden een aantal toekomstmogelijkheden gecreëerd worden voor artsensyndicaten die alleen bestaan uit huisartsen.

Maar ook nu, voor de verkiezingen van juni, zullen we die mogelijkheid niet geven. Ik moet eerlijk zeggen dat ik dat andermaal betreur namens mijn fractie.

Uiteindelijk waren we in de vorige legislatuur parlementair gezien zeer ver gevorderd met die werkzaamheden. Misschien moeten we die draad weer opnemen. Al die wetsvoorstellen zijn namelijk wel degelijk opnieuw hangende in de commissie voor de Sociale Zaken.

Wij moeten het debat heropenen, opdat iedereen zou beseffen dat er een fundamenteel verschil bestaat tussen artsensyndicaten die de belangen van de huisartsen vertegenwoordigen, en die welke de soms tegenstrijdige belangen van specialisten en huisartsen moeten vertegenwoordigen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 18375 de Mme Yolande Avontroodt est reportée.

04 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la phénylcétonurie" (n° 18418)

04 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "fenyketunorie" (nr. 18418)

04.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le secrétaire d'État, maladie rare mais pourtant la plus fréquente des maladies métaboliques héréditaires, la phénylcétonurie (PCU) ne sera bientôt plus considérée comme maladie orpheline. En effet, un nouveau médicament mis au point par le groupe allemand Merck-Serono – et diffusé sous le nom de Kuvan – répond en partie à cette affection.

Jusqu'à présent, il n'était possible de contrôler cette maladie que par un régime draconien excluant toute protéine naturelle. Ces dernières étaient remplacées par des produits de synthèse, incapables d'éviter certaines carences. Pour les malades répondant au nouveau traitement, une prise quotidienne unique – un comprimé pour 10 kg de poids corporel – suffira amplement. Autorisé en Europe depuis l'an dernier, le Kuvan permet à l'organisme de dégrader la phénylalanine.

Les patients concernés sont peu nombreux, guère plus de 35 000 en Europe. Tous ne répondront pas aussi bien au nouveau traitement, mais tous sont concernés. C'est pourquoi je souhaiterais obtenir une réponse plus précise aux questions suivantes.

En France, la phénylcétonurie est dépistée systématiquement à la naissance grâce au test de Guthrie. En est-il de même en Belgique? Si non, pourquoi?

La Commission européenne ayant donné son feu vert à sa commercialisation après qu'il ait précédemment obtenu la désignation orpheline de l'Agence européenne du médicament (EMA) et étant le premier médicament de ce type approuvé en Europe, le Kuvan sera-t-il remboursé? Si oui, quand et à quel stade de la procédure en sommes-nous?

Si le Kuvan améliorera considérablement le confort de vie des patients, il n'en demeure pas moins que tous ne répondront pas bien au traitement. Ainsi, les solutions existantes actuellement seront toujours nécessaires. Deux projets d'arrêtés royaux avaient été transmis, il y a quelques mois, au secrétaire d'État au Budget afin d'obtenir son accord. Le premier projet concernait l'admission de trois nouveaux produits pour alimentation diététique destinés aux bénéficiaires atteints de phénylcétonurie. Le second projet d'arrêté concernait, quant à lui, les produits suivants: PKU Cooler 10-15 et 20 orange ainsi que PKU Cooler 10, 15 et 20 raisin. Ces arrêtés sont-ils entrés en vigueur? La Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs a-t-elle validé le remboursement des produits PKU Cooler blanc 10, 15 et 20 qui étaient également en cours de procédure voici quelques mois?

04.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, madame Burgeon, je suis le porte-parole de Mme Onkelinx. Je vous fais donc part de sa réponse.

Je peux vous confirmer que, dans notre pays, le dépistage de la phénylcétonurie est organisé via les Communautés dès la naissance.

En ce qui concerne le remboursement du Kuvan, la firme responsable de la mise sur le marché de cette spécialité a introduit une demande d'inscription sur la liste des spécialités remboursables en mai 2009. L'examen de cette demande est toujours en cours et est suspendu pour la deuxième fois sur demande de la firme, afin de lui permettre de formuler une réponse à la proposition de remboursement faite par la Commission de remboursement des médicaments. Dès que cet examen sera terminé, je pourrai prendre ma décision quant à l'éventuelle inscription sur la liste dans un délai de trente jours et en tenant compte de la

proposition définitive de la commission. Vous comprendrez donc qu'en ce moment, au vu de la qualité et de la sérénité de cet examen, il m'est impossible de vous fournir des informations plus détaillées.

Les arrêtés royaux concernant l'admission de produits pour l'alimentation diététique destinés aux personnes atteintes de phénylcétonurie, dont vous faites mention dans votre question, ont tous été publiés et sont entrés en vigueur en 2008.

Mme Onkelinx m'a remis des informations plus précises concernant les dates de publication et d'entrée en vigueur que je vous transmets dans une version écrite ainsi qu'à Mme la présidente à l'attention du secrétariat afin que tous les spécialistes de cette commission en soient informés.

04.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour cette réponse suffisamment claire. Je me réjouis du fait que les arrêtés royaux ont été publiés. J'avais perdu cela de vue!

04.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Je mets un exemplaire de la réponse à votre disposition.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rôle des pesticides organochlorés dans le développement de la maladie de Parkinson" (n° 18419)

05 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de rol van de organochloorpesticiden in de ontwikkeling van de ziekte van Parkinson" (nr. 18419)

05.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le secrétaire d'État, en France, une étude de l'Inserm à l'Université Pierre et Marie Curie de Paris chez les agriculteurs démontre un lien entre l'exposition aux produits organochlorés utilisés comme pesticides et la survenue de la maladie de Parkinson. L'exposition aux pesticides, en particulier aux insecticides organochlorés, double quasiment le risque de maladie de Parkinson parmi les agriculteurs. Parmi ces produits, on retrouve le fameux DDT, très utilisé jusque dans les années 70, et le lindane. Les organochlorés sont des poisons pour le système nerveux et sont cancérigènes sous certaines formes.

L'usage du lindane est interdit *de facto* en Belgique sans autre précision. Les producteurs n'ont pas introduit de demande d'autorisation biocide et le secteur a procédé à l'arrêt volontaire de la commercialisation des produits à base de lindane. Ce dernier ne figure sur la liste des produits interdits ou strictement limités de la Convention de Stockholm que depuis la quatrième conférence des parties à la Convention sur les polluants organiques persistants (les POP) qui s'est tenue à Genève du 4 au 9 mai 2009. Or ces polluants organiques persistants sont connus pour s'accumuler dans la chaîne alimentaire et persister de longues années dans l'environnement. Pour les chercheurs de l'Inserm, cette réalité "pose la question du rôle d'une contamination résiduelle de la population générale".

Monsieur le secrétaire d'État, quelle est la politique de la Belgique en matière d'autorisation, de limitation et d'interdiction de pesticides organochlorés?

Certains produits pharmaceutiques comme les shampoings anti-poux utilisent le lindane comme composant. Sont-ils autorisés à la vente sur le marché belge?

La liste de la Convention de Stockholm offre-t-elle des garanties suffisantes en matière de santé publique? N'y a-t-il pas lieu de mettre en place une politique européenne plus restrictive?

Enfin, nous connaissons déjà les effets toxiques de ces POP. Cette étude de l'Inserm dévoile plus encore la dangerosité de ces produits. Sachant que la maladie de Parkinson constitue un vrai problème social et sanitaire pour les années à venir, envisagez-vous de mener une étude similaire pour mesurer l'impact des POP sur la santé de la population belge?

05.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, madame Burgeon, en réponse à vos questions, Mme Onkelinx veut attirer votre attention sur le fait que les pesticides organochlorés ne sont plus autorisés depuis plusieurs années en Belgique en raison précisément de leurs effets sur la santé et

l'environnement.

À titre d'information, le DDT est interdit en Belgique depuis le 21 novembre 1974 alors qu'au sein de l'Union européenne cette molécule est interdite depuis le 1^{er} janvier 1981.

En ce qui concerne les shampoings anti-poux à base de lindane, considéré comme médicament à usage humain, ils sont interdits depuis 1997 en Belgique.

La liste de la Convention de Stockholm offre effectivement des garanties en matière de santé publique. Cependant en ce qui concerne la mise sur le marché des produits phyto-pharmaceutiques, un règlement européen a été publié récemment; il s'agit du règlement 1107/2009 qui interdit toute substance active considérée comme polluant organique persistant.

Par ailleurs, permettez-moi de nuancer les résultats de l'étude réalisée en France en 2009 dont vous faites mention. En effet, les principaux agents suspectés, le lindane et le DDT, sont déjà interdits d'utilisation en Belgique en raison de leurs effets néfastes connus sur la santé. De plus, les résultats de l'étude portent sur un nombre relativement faible d'individus. Or le nombre d'agriculteurs en Belgique étant dix fois moindre qu'en France, il y a fort à penser que la puissance d'une étude similaire menée en Belgique ne soit pas suffisante pour pouvoir mettre en évidence une quelconque association.

Vu les moyens limités dont nous disposons en matière de recherche, je proposerai de les utiliser à limiter l'exposition de la population aux résidus de ces polluants organiques persistants. Pour ce faire, je soumettrai ce point au prochain comité stratégique du Programme de réduction des pesticides et biocides en vue d'analyser le bien-fondé et la faisabilité d'une telle étude.

05.03 Colette Burgeon (PS): Je vous remercie, surtout pour la dernière réponse qui est proactive.

Je voudrais encore demander à Mme la ministre de nous communiquer les résultats qu'elles aura reçus.

05.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: La collaboratrice de la ministre prend note de votre demande.

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

La **présidente**: La question n° 18420 de Mme Yolande Avontroodt est reportée.

06 Vraag van mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "allochtone verzorgenden in rust- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen" (nr. 18433)

06 Question de Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le personnel soignant allochtone dans les maisons de soins et de repos ainsi que dans les hôpitaux" (n° 18433)

06.01 Martine De Maght (LDD): Mijnheer de staatssecretaris, eerder in onze commissie werd reeds aangehaald dat er blijkbaar sprake kan zijn van racisme ten aanzien van allochtone verzorgenden in rust- en verzorgingstehuizen en in ziekenhuizen. De minister opteerde toen om bijvoorbeeld bij campagnes ter promotie van het verpleegkundig beroep aan te tonen dat autochtoon en allochtoon personeel in feite dezelfde zorg verstrekken.

Door het feit dat werk in de gezondheidssector een knelpuntberoep is, moet tegenwoordig vaak een beroep gedaan worden op buitenlandse en allochtone zorgverleners, met name verzorgenden en verpleegkundigen. Aangezien ons land momenteel een drastisch tekort heeft aan vooral verpleegkundigen, dienen sommige ziekenhuizen in het buitenland, vooral Roemenië en de Filipijnen, te rekruteren.

Men kan ervan uitgaan dat die zorgverstrekkers bij aanwerving uiteraard geen van de landstalen meester zijn. Uit getuigenissen van patiënten in ziekenhuizen en residenten in de rust- en verzorgingstehuizen blijkt dat allochtone verzorgenden en verpleegkundigen vaak de taal effectief niet beheersen.

In het belang van een kwalitatieve verzorging op maat en om correcte behandelingen te verzekeren, is het noodzakelijk dat patiënt/resident, afhankelijk van de plaats waar die persoon verblijft of verzorgd wordt, en

verpleegster/verzorgende elkaar begrijpen.

Daaromtrent heb ik de volgende vragen. Wat is het beleid inzake aanwervingen? Is taal een van de aanwervingsvoorwaarden, zeer specifiek voor de allochtone verzorgenden en verpleegkundigen?

Zijn de studies verpleegkunde en personenzorg in het land van herkomst equivalent aan de studies in België? Dienen die mensen bij aanwerving eerst nog een stage te doorlopen? Kortom, worden zij aan enige kwaliteitscontrole onderworpen?

Is er garantie op een kwaliteitsvolle verzorging op maat?

06.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** : Mevrouw de voorzitter, collega's, mevrouw De Maght, ik zal u het antwoord van mevrouw Onkelinx voorlezen.

De problemen om op de Belgische arbeidsmarkt voldoende verpleegkundigen aan te werven, maakt inderdaad dat de werkgevers op verpleegkundigen uit andere landen een beroep doen. Overigens, talrijke professionele zorgverstrekkers die om uiteenlopende redenen in België verblijven, stellen zich kandidaat bij de instellingen met vacatures.

Voor elke gezondheidswerker bestaat er een erkenningprocedure, die door de FOD Volksgezondheid wordt opgevolgd. Het beheersen van een van de nationale talen maakt geen deel van de erkenningvoorwaarden uit.

Er kunnen zich drie denkbeeldige situaties voordoen, naargelang de opleiding in België, in een land van de Europese Unie of in een gelijkgesteld land, bijvoorbeeld Zwitserland, dan wel buiten de Europese Unie werd gevolgd.

Bij de verpleegkundigen die in een van de landen van de Europese Unie zijn opgeleid, zijn de erkenningssystemen van toepassing. Dat is de richtlijn 2005/36/EG.

De verpleegkundigen van buiten de Europese Unie en Europeanen die niet aan de criteria van voornoemde richtlijn beantwoorden, moeten een aanvraag tot gelijkstelling van hun diploma indienen. De toekenning van voormelde gelijkstelling behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Daarna dienen de verpleegkundigen een erkenningaanvraag op het niveau van de gelijkstelling van het behaalde diploma in.

In antwoord op uw vragen wijs ik er, ten eerste, op dat de aanwerving tot de verantwoordelijkheid van de werkgevers behoort. Zij mogen alleen professionelen in dienst nemen die een erkenning hebben. Het is aan hen te beoordelen hoe goed de kandidaat de in een inrichting gebruikte taal of talen elke kandidaat beheerst.

Ten tweede, de toekenning van de erkenning voorziet niet in een stage en evenmin in een validering van bekwaamheid, eigen aan België, voor de in België opgeleide verpleegkundigen of voor de anderen.

Er moet wel aan worden herinnerd dat bij de meeste arbeidsovereenkomsten een proefperiode van toepassing is. De werkgever kan tijdens voornoemde periode oordelen of de kennis van de taal of talen voldoende is om de veiligheid van de patiënten waarvoor hij verantwoordelijk is, niet in het gedrang te brengen.

Bepaalde werkgevers laten taallessen volgen om de basiskennis aan te vullen.

06.03 **Martine De Maght** (LDD): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor het antwoord. Dat autochtone en allochtone verzorgers en verpleegkundigen die dezelfde opleiding hebben genoten, dezelfde verzorging kunnen aanbieden, staat buiten kijf.

Ik ben vooral ongerust over het feit dat ouderen en zieken soms zaken kenbaar maken - de praktijk leert dit - , die niet worden begrepen en waaraan dan ook geen gevolg wordt gegeven. U hebt mij ter zake niet gerustgesteld.

Ik begrijp dat er een erkenningsprocedure voor de inhoud van de taak van de verzorgers en verpleegkundigen is, maar dat er geen controle is of de taal een barrière zou kunnen zijn. U legt daar de

verantwoordelijkheid bij de werkgever. U hebt zeker mijn ongerustheid ter zake niet weggenomen. Wij komen hierop zeker terug.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de M. Georges Dallemagne au ministre du Climat et de l'Énergie sur "la position belge défendue lors de la prochaine Conférence des parties à la CITES" (n° 18458)

07 Vraag van de heer Georges Dallemagne aan de minister van Klimaat en Energie over "het door België verdedigde standpunt op de volgende Conferentie der partijen van CITES" (nr. 18458)

07.01 **Georges Dallemagne** (cdH): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, la prochaine convention des parties à la Convention des Nations unies sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvage menacées d'extinction (CITES) se réunira du 13 au 25 mars à Doha.

La CITES, qui compte aujourd'hui 175 membres, a été conçue dans un esprit de coopération internationale pour préserver certaines espèces de la surexploitation. Elle confère une protection, à des degrés divers, à plus de 30 000 espèces sauvages, qu'elles apparaissent dans le commerce sous forme de plantes, d'animaux vivants, de manteaux de fourrure ou d'herbes séchées.

Lors de chaque session ordinaire de la convention des parties, les États membres soumettent des propositions remplissant les critères de la CITES et visant à amender ses annexes.

Monsieur le ministre, quel membre du gouvernement sera-t-il présent lors de cette convention des parties à la CITES se déroulant à Doha?

Quelles seront les positions défendues par la Belgique?

Le gouvernement va-t-il formuler des propositions visant à élargir les espèces de faune et de flore protégées par la convention?

Pouvez-vous confirmer que la Belgique soutiendra l'inscription du thon rouge à l'annexe 1 de la CITES, ce qui signifiera l'interdiction, pour un temps au moins, de sa commercialisation au niveau mondial?

07.02 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame la présidente, cher collègue, cette question était adressée au départ à M. Magnette, qui l'a transmise à Mme Onkelinx, compétente pour cette matière.

Mme Onkelinx ne sera pas personnellement présente lors de cet événement qui se tiendra en mars prochain à Doha. La Belgique sera toutefois représentée par des experts CITES du SPF Santé publique, mandatés par ses soins. Il s'agit notamment des membres de l'organe de gestion et de notre autorité scientifique CITES.

À titre individuel, la Belgique n'a pas soumis de proposition d'amendement des annexes à l'occasion de cette conférence des parties. Cependant, la Suède, au nom de tous les États membres de l'Union européenne, a soumis deux propositions d'amendement des annexes. L'une visant à inscrire le requin-taupe commun à l'annexe 2, l'autre visant à inscrire l'aiguillat commun à l'annexe 2.

Les États membres de l'Union européenne sont aussi cosignataires, avec les États-Unis, d'une proposition visant à inscrire les coraux rouges à l'annexe 2.

Permettez-moi de préciser que la CITES est mise en œuvre par les vingt-sept membres de l'Union européenne à travers des réglementations communes, ce qui signifie entre autres que l'Union européenne adopte une position commune pour toutes les propositions débattues lors des conférences des parties. Les propositions pour cette Conférence de Doha sont en train d'être examinées par des experts des États membres au sein d'un groupe de travail du Conseil de l'Union européenne. Celui-ci n'a, par conséquent, pas encore adopté de position commune sur ces propositions.

Par ailleurs, pour ce qui a trait à votre question spécifique au sujet de l'inscription du thon rouge à l'annexe 1, cette proposition a fait l'objet d'une étude approfondie par nos experts et nous sommes arrivés à la conclusion que les critères CITES pour une inclusion à l'annexe 1 sont bien remplis. Je peux dès lors vous confirmer que la Belgique soutient cette proposition. Si la Conférence des parties appuie cette proposition à Doha, le commerce international du thon rouge sera interdit.

07.03 Georges Dallemagne (cdH): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour ces informations détaillées.

Il est important que nous soyons représentés au plus haut niveau dans ce genre de conférence. Je n'ai pas de doute sur la qualité de nos experts mais je pense qu'un soutien politique majeur est toujours très utile.

J'entends que la Suède a fait une proposition au nom de l'Union européenne et que cette proposition est à l'étude. Je ne comprends pas pourquoi on peut avancer seuls pour le thon rouge mais pas pour ce qui doit être inséré à l'annexe 2; il faut alors une position commune de l'Union. J'examinerai personnellement plus avant cette question. Peut-être y a-t-il une différence de méthode en fonction du type d'annexe.

07.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Comprenez que je n'ai pas envie d'improviser sur ce type de question et dans ce type de matière. Je prends bonne note de votre question avec la collaboratrice de Mme Onkelinx qui vous répondra sur cet élément de manière directe.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gsm-gebruik door kinderen" (nr. 18468)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de toepassing van de resolutie betreffende een betere beschikbaarstelling van consumenteninformatie bij aankoop van een gsm en betreffende de bescherming van de gezondheid van de burgers tegen de aan elektromagnetische vervuiling verbonden risico's" (nr. 18699)

08 Questions jointes de

- Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation des GSM par les enfants" (n° 18468)

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la mise en application de la résolution visant à améliorer la disponibilité d'informations à l'attention des consommateurs lors de leurs achats de GSM et à protéger la santé des citoyens contre les risques liés à la pollution électromagnétique" (n° 18699)

08.01 Magda Raemaekers (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, vorig jaar heb ik u reeds een vraag gesteld over de mogelijke negatieve gevolgen van gsm-straling. Ik kom hier even op terug naar aanleiding van een recent onderzoek door consumentenorganisatie OIVO waaruit blijkt dat twee op drie tienjarigen over een gsm-toestel beschikken.

In antwoord op mijn vorige vraag zei u dat de nodige voorzichtigheid aan de dag moest worden gelegd in verband met tal van studies die worden gepresenteerd over de mogelijke negatieve gevolgen van gsm-straling. De meningen zouden immers uiteenlopend zijn.

U zou echter de meest recente Interphonestudie voorleggen aan de Hoge Gezondheidsraad na publicatie door het IAKO, het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Daarnaast sprak u ook over een analyse die werd gemaakt over een betere beschikbaarheid van consumenteninformatie bij de aankoop van een gsm. Die analyse had u bezorgd aan de ministers van Consumentenbescherming en Ondernemingen en Vereenvoudiging met de bedoeling om de nodige acties te ondernemen.

Ten slotte sprak u ook over een gsm-gids met raadgevingen. Aangezien het gsm-gebruik bij kinderen volgens recent onderzoek toeneemt en zij op steeds jongere leeftijd over een gsm-toestel beschikken en mogelijk dus al vanaf jonge leeftijd aan de negatieve gevolgen van veelvuldig gsm-gebruik worden blootgesteld, zou ik u de volgende vragen willen stellen.

Heeft de Hoge Gezondheidsraad de Interphonestudie intussen ontvangen en wordt zij onderzocht? Welke concrete acties worden gepland naar aanleiding van uw analyse over de beschikbare consumenteninformatie? Hebt u al reacties ontvangen van uw collega-ministers? Hoever staat u met de

uitwerking van de gsm-gids? Plant u naar aanleiding van dit recent onderzoek concrete acties inzake de sensibilisering van kinderen en jongeren, rekening houdend met de veiligheid van jongeren, toch ook een heel belangrijk aandachtspunt?

08.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, ma question est plus large mais porte sur le même sujet. Nous avons voté le 26 mars 2009 une résolution à l'unanimité, en commission et ensuite en plénière, pour améliorer la disponibilité des informations à l'intention des consommateurs lors de leurs achats et pour protéger la santé des citoyens.

J'ai posé la même question à M. Magnette sur l'aspect de la protection et l'information des consommateurs. Je repose la question à Mme Onkelinx concernant la protection de la santé. Nous demandons qu'un certain nombre d'informations sur l'appareil présenté dans les lieux de vente soient disponibles. Nous demandons également que les vendeurs soient capables d'expliquer le taux d'absorption spécifique et la puissance de l'appareil, et de fournir des informations sur les risques pour la santé.

Nous avons également développé un point spécifique pour les jeunes, à savoir qu'il fallait éviter d'encourager les enfants à utiliser le gsm étant donné que leur cerveau n'est pas complètement formé avant l'âge de 16-17 ans.

La récente étude du CRIOC ne me rassure pas du tout. Plus de 90 % des jeunes ont un gsm et l'utilisent beaucoup. Face au nombre croissant d'utilisateurs de gsm, il me semble qu'une meilleure information sur les risques pour la santé est primordiale. Interdire ou limiter la publicité à destination des enfants figurait dans la résolution.

Monsieur le secrétaire d'État, dans quelle mesure a-t-on mis en application la résolution votée il y a près d'un an?

08.03 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Je vous propose une réponse coordonnée dans les deux langues et en alternance. L'étude Interphone n'a pas encore été publiée. Selon les derniers communiqués de l'Agence internationale pour la recherche contre le cancer, le manuscrit a été introduit pour publication. J'espère que celle-ci se fera prochainement.

Dans la liste de la résolution dont vous faites mention, une distinction est faite entre les actions qui doivent être menées au niveau européen et au niveau belge.

Pour quelques points comme la mention de la valeur SAR (*Specific Absorption Rate*) sur l'emballage ou la livraison standard d'oreillettes avec un gsm, il faudrait une adaptation d'une directive européenne. Pour d'autres points de la résolution comme l'interdiction de publicité pour les enfants et la mention de la valeur SAR à l'endroit de la vente, il faut un arrêté d'exécution commun en raison des compétences des différents ministres.

Sur le plan de la communication, mon administration est très active. Mme Onkelinx a reçu dans l'intervalle une réponse de ses collègues, MM. Van Quickenborne et Magnette, respectivement compétents pour les Télécommunications et pour la Protection du consommateur. Ils sont tout à fait prêts à collaborer à la transposition de la résolution.

Les décisions communes proposées seront discutées en concertation avec les deux ministres précités.

De gsm-gids wordt uitgewerkt door mijn administratie. Er werd overleg gepleegd met Agoria, OIVO en Test Aankoop, om een volledig zicht te krijgen op de gsm-markt. De teksten worden uitgewerkt. Mijn administratie zal de verschillende stakeholders consulteren, om een optimale kwaliteit van de inhoud van de brochure te garanderen. De publicatie van de gsm-gids wordt tegen het einde van dit jaar verwacht.

Verder ben ik van mening dat ouders hun kinderen moeten uitleggen hoe zij hun gsm best gebruiken. Meer concreet raad ik aan om enkel te bellen in geval van nood, met gebruik van de oortjes en een microfoonje, en om de voorkeur te geven aan tekstberichtjes. Om de aandacht van ouders te vestigen op een verstandig gebruik van de gsm, is er dit jaar in gezinsbladen een campagne in die zin gepland. Dat was het antwoord van mevrouw Onkelinx.

08.04 Magda Raemaekers (sp.a): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor uw heel uitgebreid

antwoord. Ik heb antwoorden gekregen op al mijn vragen. Ik zal dit onderwerp blijven opvolgen.

08.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, pour ma part, je suis assez déçue de la lenteur de l'évolution.

Pourriez-vous transmettre à Mme la ministre que je voudrais lui demander d'accélérer la mise en œuvre des mesures, au moins celles à destination du public des enfants. Les fêtes sont passées, mais cette période a laissé s'étaler les publicités pour les gsm pour enfants, sans aucune attention portée aux questions de santé, le but de la publicité étant évidemment de faire acheter des appareils, celui des opérateurs étant ensuite de les faire utiliser. Dans de tels cas, la puissance publique, au nom de la protection de la santé, doit se montrer plus ferme.

La réponse de M. Magnette me laissait plus dubitative sur l'entente existant entre les trois ministres qui ont la protection du consommateur dans leurs attributions. D'après lui, la question de la publicité n'était pas bien acceptée par M. Van Quickenborne. Je crains donc qu'au sein du gouvernement, l'accord ne soit pas encore unanime.

Je demande que la résolution votée au parlement soit respectée. Il me semble que ce serait légitime et j'espère que vous transmettez.

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

09 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van koper om infecties tegen te gaan" (nr. 18472)

09 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation du cuivre pour lutter contre les infections" (n° 18472)

09.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik wil onder de aandacht van mevrouw Onkelinx brengen dat Ierland binnenkort een ziekenhuis krijgt dat volledig wordt uitgerust met deurknoppen in hygiënisch koper, om infecties tegen te gaan. Onderzoekers van het Universitair Ziekenhuis van Birmingham, die de technologie uittestten, zijn ervan overtuigd dat koper een enorme bijdrage kan leveren in het terugdringen van de ziekenhuisinfectie, daar bacteriën als het gevreesde MRSA veel sneller afsterven wanneer zij in contact komen met koperhoudende materialen dan wanneer zij in contact komen met conventionele materialen.

Ook het Amerikaanse Environmental Protection Agency erkent het antimicrobiële effect van koper. Uiteindelijk zouden koperen deurgarnituren ook goedkoper uitkomen dan de conventionele materialen die vandaag in de ziekenhuizen gebruikt worden.

Vandaar mijn twee korte vragen. Wordt er ook bij ons onderzoek uitgevoerd naar de antibacteriële werking van koper? Wordt er ook bij ons overwogen het gebruik van koperen deurgarnituren aan te bevelen in de strijd tegen ziekenhuisinfecties?

09.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée : Mevrouw de voorzitter, collega's, het antwoord van mevrouw Onkelinx is het volgende.

Van verschillende materialen is al lang gekend dat zij antibacteriële eigenschappen hebben. Verschillende firma's hebben die in het verleden al in het ziekenhuismilieu op de markt gebracht en uitgelegd dat hierdoor het aantal ziekenhuisinfecties zou kunnen worden gereduceerd.

Dit gezegd zijnde, is het ontstaan van ziekenhuisinfecties echter een complex gegeven met verschillende mogelijke bronnen waarvan de ziekenhuisomgeving er een is, maar zeker niet de belangrijkste. De belangrijkste overdrachtsweg van kiemen zijn de besmette handen van de zorgverleners. De meest efficiënte preventiemaatregel is dan ook de handhygiëne. De handen dienen vóór elk contact met de patiënt ontsmet te worden. Bij een correcte naleving van deze regel zullen de handen altijd zuiver zijn tijdens het zorgcontact, ook als men voordien nog een besmette deurknop heeft aangeraakt.

De impact van koperen deurgarnituren op het voorkomen van ziekenhuisinfecties zal dus waarschijnlijk maar beperkt zijn. Daarbij moet ook in overweging worden genomen dat deze materialen met antibacteriële werking doorgaans duurder zijn dan de courante materialen.

Tot hier, mevrouw De Bont, het antwoord van de minister van Volksgezondheid.

09.03 Rita De Bont (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik neem gerust aan dat de ziekenhuisinfectie veel complexer is dan deurgarnituren en dat handhygiëne een van de belangrijkste manieren is om het tegen te gaan, maar bij het ontwikkelen van nieuwe ziekenhuizen of bij renovaties kan met die tip misschien toch rekening worden gehouden. Ik dacht aan de nieuwe wetgeving die wij hier aan het voorbereiden zijn op het terugbetalen van medische ongevallen waar ook de ziekenhuisinfectie onder zou kunnen vallen. Dat zou ons wel eens duurder te staan kunnen komen dan extra maatregelen te nemen om de ziekenhuisinfectie tegen te gaan. Ik heb mij laten informeren dat dit materiaal, dat hier verkrijgbaar is, goedkoper is dan de materialen die nu worden gebruikt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La présidente: La question n° 18603 de Mme Sarah Smeyers est reportée. Il en va de même pour la question n° 18608 de Mme Josée Lejeune. Mme Katia della Faille va revenir plus tard pour poser sa question.

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Meyrem Almaci aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de groepshuisvesting van zeugen" (nr. 18643)

- mevrouw Meyrem Almaci aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verslag van de Food and Veterinary Office" (nr. 18644)

- mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het niet naleven van de wet op het dierenwelzijn in varkenskwekerijen" (nr. 18735)

- mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid over "het Europese onderzoek naar varkenskwekerijen" (nr. 18717)

- mevrouw Magda Raemaekers aan de minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid over "het niet naleven van de wet op het dierenwelzijn in varkenskwekerijen" (nr. 18734)

10 Questions jointes de

- Mme Meyrem Almaci à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le système d'élevage collectif des truies" (n° 18643)

- Mme Meyrem Almaci à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport du Food and Veterinary Office" (n° 18644)

- Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le non-respect de la loi relative au bien-être des animaux dans les élevages de porcs" (n° 18735)

- Mme Katia della Faille de Leverghem à la ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique sur "l'enquête européenne sur les élevages de porcs" (n° 18717)

- Mme Magda Raemaekers à la ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique sur "le non-respect de la loi relative au bien-être des animaux dans les élevages de porcs" (n° 18734)

10.01 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): Mevrouw de voorzitter, ik heb gezien op de agenda dat twee vragen van mijzelf zijn samengevoegd. De eerste heeft betrekking op de groepshuisvesting van de zeugen, waarover ook mijn collega een vraag heeft ingediend. De tweede vraag is eigenlijk ruimer. Ze gaat niet specifiek over de groepshuisvesting van zeugen, maar over het verslag van de Food and Veterinary Office. Als het goed is, zou ik die apart willen stellen, want dat zijn twee aparte vragen.

10.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée : Ik heb een globaal antwoord voor de samengevoegde vragen. Ik geef liever een globaal antwoord op alles.

10.03 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): Ik vrees dat dan ongetwijfeld een van de twee thema's onrecht zal worden gedaan.

Ik zal de twee vragen tegelijk stellen, hoewel ik niet goed begrijp waarom ze zijn samengevoegd.

Ik zal beginnen met de groepshuisvesting van zeugen. Het is u ongetwijfeld bekend dat uit de recente enquête van het Instituut voor Landbouw- en Visserijonderzoek, het ILVO, blijkt dat slechts een op vier van de bedrijven die intensief varkens houden, is overgeschakeld van individuele kooien voor drachtige zeugen naar groepshuisvesting. Zij volgen daarmee proactief een regel van de Europese Unie, die vanaf 2013 zal worden verplicht. Er rest ons dus niet al te veel tijd meer om onze bedrijven die overschakeling te laten doen. In totaal is 70 % van onze bedrijven op dit moment nog niet in regel. Slechts een kleine 7 % zegt plannen te hebben om zich in regel te stellen. Een kleine drie jaar voor de deadline is dat natuurlijk behoorlijk verontrustend. In andere landen, zoals Nederland, staat men op dit moment al veel verder. Daar is iets meer dan de helft van de bedrijven al overgeschakeld naar een groepshuisvesting en had meer dan een vierde al plannen om die omschakeling door te voeren. Er is dus op dat vlak toch een groot verschil tussen ons land en andere landen.

Ik heb daarover een aantal vragen. Eerst en vooral, bent u op de hoogte van de bevindingen van het Instituut voor Landbouw- en Visserijonderzoek, het ILVO? Wat is uw appreciatie daarvan? Wat zijn uw opmerkingen?

Ten tweede, zult u de sector, waar toch nog altijd twee derde niet in regel is, gezien de timing van de omzetting van de Europese regel, aanmoedigen om die regelgeving tijdig in te voeren? Hebt u reeds een soort begeleidingsplan om hen daarbij te helpen, want er zullen wellicht specifieke redenen zijn waarom een en ander nog niet is gebeurd?

Hebt u ook een idee hoeveel bedrijfsleiders plannen om te stoppen voor 2013? Ik stel die vraag heel uitdrukkelijk, omdat sommige bedrijfsleiders in economisch moeilijke tijden misschien veeleer aan stoppen denken in plaats van opnieuw een omschakeling te doen. Het zou mij echter bijzonder vreemd lijken, mocht 70 % van de bedrijfsleiders die drachtige zeugen houdt, beslissen om ineens, binnen twee jaar, te stoppen. Dat zou op zijn minst een alarmbelletje moeten doen rinkelen bij onze overheden.

De tweede vraag die hieraan is toegevoegd, gaat over het verslag van de Food and Veterinary Office, dat ook in deze tijden bekend is geraakt.

Eind december 2009 werd een audit gepubliceerd. Ook die heb ik bij mij. Daarin staat dat de regels inzake dierenwelzijn in ons land niet zo goed worden gevolgd. Die audit ging door in mei 2009. Er werden verschillende overtredingen vastgesteld, niet alleen over de groepshuisvesting van de zeugen, maar ook over dierentransporten, de vastgestelde oppervlakte-eisen per dier op boerderijen, het toezicht bij uitvoeren van ingrepen, zoals het couperen van staarten in slachthuizen.

Daarnaast werd vastgesteld dat onze inspecteurs weliswaar inspecteerden, maar niet altijd een sanctie uitdeelden wanneer het nodig was. Het rapport is bijzonder interessant om volledig door te nemen. Het eindigt met veertien aanbevelingen.

Bent u op de hoogte van de vaststellingen in de audit van het Food and Veterinary Office in de intensieve veehouderijen en slachthuizen?

Hebt u dat rapport gelezen? Hebt u daaromtrent al reacties of opmerkingen geformuleerd?

Welke van de veertien aanbevelingen zult u uiteindelijk opnemen? De doelstelling is hopelijk dat ons land de volgende keer hopelijk niet zo een slechte evaluatie zal krijgen in Europa.

10.04 Magda Raemaekers (sp.a): Mijnheer de voorzitter, ik ga mijn twee vragen samen stellen omdat zij over hetzelfde gaan. Het gaat hier wel om een gesplitste bevoegdheid. Zowel minister Onkelinx als minister Laruelle zijn bevoegd. Ik zal ze als één vraag stellen.

Mijnheer de staatssecretaris, de Europese regels voor het welzijn van varkens zouden volgens verontrustende berichten in de media met de voeten getreden worden. Dat blijkt immers uit een onderzoek van Compassion in World Farming en de Europese Coalitie voor Landbouwdieren.

Het gaat om overtredingen tegen de Europese regelgeving van 2003, die stelt dat varkens moeten worden voorzien van stro en ander materiaal dat zij nodig hebben om hun natuurlijk gedrag van verkennen en graven te kunnen uiten. Diezelfde wet verbiedt ook het knippen van de staart van de dieren.

Gedurende 18 maanden werd in diverse landen onderzoek gedaan. De overgrote meerderheid bleek in overtreding. België maakte geen deel uit van het onderzoek, maar ook in ons land wordt de regelgeving met de voeten getreden. Getuige is de klacht die dierenwelzijnsorganisatie GAIA samen met Compassion in World Farming indiende tegen ons land.

Uit een ander inspectieonderzoek, in 2009 uitgevoerd door het FAO, blijkt immers dat ook in ons land de staarten van biggen systematisch onverdoofd worden afgeknipt en dat de toelatingen daarvoor bovendien worden afgeleverd door dierenartsen. GAIA klaagt dan ook aan dat er sinds de vorige controle, ongeveer 3 jaar geleden, geen verbetering vast te stellen is en dat de inspecteurs van het FAVV bovendien blijkbaar niet aandringen op het naleven van de Europese regelgeving, wat toch niet mag worden toegelaten!

Ik wil u daarom de volgende vragen stellen. Bent u op de hoogte van de klacht van GAIA en Compassion in World Farming tegen de Belgische overheid? Welk gevolg zal aan deze klacht gegeven worden? Kunt u er bij minister Laruelle alsnog op aandringen dat er versterkte controles worden uitgevoerd, zodat de varkenskwekerijen in ons land zich aan de Europese richtlijnen houden?

Welke maatregelen plant u zodat de varkenshouders zich kunnen houden aan de Europese wetgeving? Zult u de inspecteurs van het FAVV verplichten te controleren op een strikte toepassing van de Europese richtlijnen inzake het welzijn van varkens? Zullen zij, als zij dat niet doen, gesanctioneerd worden? Dank u wel.

La **présidente**: Comme je ne peux pas permettre à Mme della Faille de poser sa question, je vous donne la parole pour l'ensemble des réponses.

10.05 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** : Mevrouw de voorzitter, collega's, ik heb inderdaad een globaal antwoord van de minister. Het is voor mij moeilijk het antwoord in verschillende delen op te splitsen.

De minister heeft kennisgenomen van het onderzoek dat door Compassion in World Farming en de Europese Coalitie voor Landbouwdieren is uitgevoerd, evenals van de vaststellingen van het Food and Veterinary Office.

Zij is tevens op de hoogte van de klacht tegen België, die Gaia en Compassion in World Farming bij de Europese Commissie hebben ingediend. Welk gevolg de Europese Commissie aan voormelde klacht zal geven, is niet bekend.

Het klopt dat in België, net als in de meeste landen met een intensieve varkensteelt, bij de overgrote meerderheid van de biggen kort na de geboorte de staart wordt gecoupeerd. De varkenshouders voeren voornoemde ingreep uit, om te vermijden dat de varkens in hun staart beginnen te bijten, wat pijnlijk is en tot infecties kan leiden.

De wetgeving bepaalt dat het couperen van de staart niet routinematig mag gebeuren. Het mag enkel in de gevallen waar staartbijten niet door een wijziging van de bedrijfsvoering kan worden voorkomen.

Staartbijten is een complex probleem, waarover nog niet alles is geweten. Wel staat vast dat er verschillende oorzaken zijn. Het blijkt heel moeilijk om in de huidige, intensieve varkenshouderij, zoals ze in België bestaat, het probleem van het staartbijten op te lossen, ook indien aan alle, wettelijke vereisten wordt voldaan.

Vanuit het oogpunt van het dierenwelzijn is het verkieslijker de staart te couperen dan de dieren onder staartbijten te laten lijden.

De diensten zullen contact nemen met de dierenartsen die bij een varkensbedrijf als bedrijfsbegeleider zijn aangesteld en die een belangrijke, adviserende rol hebben. Zij zullen worden geïnformeerd en worden gewezen op de maatregelen die kunnen worden genomen om staartbijten te voorkomen, zodat het couperen van de staarten niet meer hoeft.

In goede overeenkomst met collega Laruelle zal er aan het FAVV worden gevraagd in varkenshouderijen streng op de toepassing van de bepalingen die op het staartbijten een invloed kunnen hebben, toe te zien. Het gaat dan om het verschaffen van verrijkmateriaal en het voorzien van voldoende oppervlakte en een goede ventilatie. Indien aan voormelde minimumvoorwaarden niet wordt voldaan, kan niet worden verondersteld dat wordt geprobeerd het staartbijten te voorkomen.

De rapporten van het FVO of Food and Veterinary Office worden steeds beschouwd als een goede audit en als een instrument om de controles te optimaliseren.

Het is ook een motivatie voor de controlerende instanties van de verschillende lidstaten. In dit geval is het niet anders. De dienst Dierenwelzijn, die bevoegd is voor de opstelling van de normen, heeft reeds verschillende keren samengezeten met het Federale Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen, dat belast is met de controles, om de aanbevelingen van het FVO te bestuderen en te bespreken.

In overleg is voor de 14 aanbevelingen van het FVO een actieplan voorgesteld. Het FVO heeft evenwel laten weten dat sommige van de voorgestelde actieplannen onvoldoende zijn. Het gaat om de aanbevelingen betreffende het voorkomen van het staartknippen bij varkens, het correcte gebruik van bedwelmings technieken bij slachtdieren en de te volgen procedure bij het afleveren van vergunningen voor veevervoerders. De minister heeft er bij haar diensten op aangedrongen, alsook bij mevrouw Laruelle, bevoegd voor het FAVV, om ook daarvoor naar een bevredigend antwoord te zoeken. Zoals eerder gezegd, zijn alle aanbevelingen van het FVO belangrijk en dienen zij dus allemaal aangepakt te worden.

Mevrouw Almaci had een vraag over de huisvesting van varkens. De minister heeft de bevindingen van het ILVO gelezen. Zij stelt vast dat de omschakeling naar groepshuisvesting voor varkens in België inderdaad stagneert en dat België wat achteroploopt, in vergelijking met Nederland. De omschakeling naar groepshuisvesting in Nederland is echter al langer aan de gang. Groepshuisvesting voor zeugen is in Nederland reeds sinds 1 november 1998 verplicht, bij nieuwbouw en bij renovatie van de stal of vloer. In België was dat pas het geval sinds 1 januari 2003.

Voor een groot deel van de varkenshouders zetten de slechte economische situatie en de onzekere toekomst een belangrijke rem op hun investeringsplannen. Er zijn verschillende initiatieven genomen om de varkenshouders te informeren over de verplichting om over te schakelen naar groepshuisvesting voor zeugen.

De Vlaamse overheid verzorgde verschillende informatiesessies en studiedagen. De sector is bijgevolg voldoende op de hoogte van de verplichtingen. De minister zal in overleg met de sector de toestand op de voet volgen.

Vanwege de Gewesten is er begeleiding onder de vorm van investeringssteun. Varkenshouders die in Vlaanderen een nieuwe stal met groepshuisvesting bouwen, kunnen inderdaad rekenen op VLIf-steun. Die bedraagt 20 % van de investering. In Wallonië geldt dezelfde steun, maar slechts onder welbepaalde voorwaarden. Indien de varkenshouders aan bepaalde criteria beantwoorden, kan de steun verhoogd worden met een bonus van ten hoogste 10 %.

Het einde van de loopbaan is inderdaad een van de redenen aangehaald door varkenshouders die geen plannen hebben om naar groepshuisvesting om te schakelen. De minister beschikt echter niet over het exacte aantal bedrijfsleiders dat overweegt te stoppen.

Tot hier collega het antwoord van de minister op de samengevoegde vragen.

10.06 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): Ik dank de staatssecretaris voor zijn antwoord.

Eerst en vooral, ik zal beginnen met het verslag van het Food and Veterinary Office en de evaluatie van dierenwelzijn in ons land. Het gaat natuurlijk om meer dan het couperen van de staart, dat een praktijk is die in ons land al langer gekend is als problematisch.

Ik ben blij dat de minister de inhoud kent van zowel de klacht van Gaia als het verslag van het Food and Veterinary Office en dat zij de audit van het FVO als een goede audit omschrijft om de situatie te optimaliseren. U hebt gezegd dat er een actieplan is voorgesteld, maar dat er reeds reacties zijn gekomen

van het FVO op het actieplan. Kunnen wij het actieplan ergens raadplegen? Kunnen wij het inkijken of is dat pas mogelijk nadat er weer een aanpassing is gebeurd? Ik vind dat toch wel belangrijk voor de evaluatie van het actieplan en de gevolgen ervan.

Kunnen de leden van onze commissie dus inzage krijgen in het actieplan en de effectieve acties, die de samenwerking met Gemeenschappen en Gewesten en met minister Laruelle vereisen?

Ik heb het dan niet alleen over het couperen. Ik heb het verslag hier bij me. Ik zal u niet voorlezen wat er staat over het bedwelmen en couperen. Vaak zijn er gewoon dierenartsen aanwezig, die een initiatief zouden moeten nemen maar dat gewoon niet doen. Een dier dat heel duidelijk aan het sterven is, wordt niet geëuthanaseerd op het moment dat dat zou moeten gebeuren. Bij een ander dier wordt de staart gecoupeerd zonder verdoving, terwijl dat wel moet gebeuren. Uiteraard is dat niet goed voor het imago van dierenartsen die bij dat soort van inspecties betrokken zijn. Het is ook niet goed voor de opdrachtgever van die inspecties, zijnde de overheid zelf. Het is vooral ook niet goed voor de dieren die op dat moment lijden.

Er moet een degelijke aanpak komen. Ik hoop dat het actieplan daarvoor in een of andere procedure voorziet zodat er toch enige opvolging gebeurt zodat incidenten bij inspecties bijgehouden worden. Ik hoop dat wij daar weet van kunnen krijgen en dat er meer statistieken bijgehouden worden van die situatie. Het is misschien niet evident dat te doen. Ik heb soms de indruk dat men nog altijd zoekend is naar de beste manier.

Kortom, ik ben bijzonder benieuwd naar het actieplan. Ik ben wel blij dat het er komt.

Inzake de groepshuisvesting van zeugen hinkt België achterop. De eerste les moet natuurlijk zijn dat wij niet moeten wachten tot Europa een nieuwe regelgeving uitvaardigt voor wij zelf gaan werken aan dierenwelzijn.

U hebt terecht gezegd dat Nederland daar al langer mee bezig is, en wij pas sinds 2003. Ik meen dat het sensibiliseren van het algemeen bewustzijn inzake dierenwelzijn in ons land – ook bij de mensen uit de intensieve sector zelf en ook los van Europa – het ons makkelijker kan maken, in plaats van te wachten tot Europa zegt: "Nu moet het!" en dan vast te stellen dat wij achterop hinken. Ik meen dat dit de logica zelf is.

Een volgende vaststelling is dat er sinds 2003 even een heropleving geweest. Daarna is het stilgevallen. Het is natuurlijk het stilvallen dat problematisch is. U hebt terecht op de economische conjunctuur gewezen. Evenwel, als u zegt dat u er geen zicht op hebt hoeveel van die mensen gaan stoppen, vraag ik mij af wat u gaat doen als u in 2013 vaststelt dat 60 % van de bedrijven nog altijd niet omgeschakeld is en ook niet gestopt is.

Wat zijn daarvan de gevolgen? Kunt u daar wat inzicht in geven? Ik zou niet graag vaststellen dat wij niet weten hoeveel er gaan stoppen – wij merken ook dat het stilvalt, en misschien ligt dat aan de crisis – maar als u niet een of ander begeleidingsplan of actieplan ontwikkelt, zullen wij in 2013 jammerlijke vaststellingen doen. Dat zou ik bijzonder jammer vinden.

10.07 Magda Raemaekers (sp.a):Mevrouw de minister, ik kan mij alleen aansluiten bij mijn collega. Ik heb ook opgeschreven dat het goed is dat u het actieplan wil uitvoeren. Wij zouden echter zeer graag op de hoogte blijven.

Ik ga dit dossier blijven opvolgen. Dat staarten gecoupeerd worden wegens staartbijten kan ik goed aannemen. Dat het onverdoofd gebeurt, is toch ontoelaatbaar? Wat ook ontoelaatbaar is, is dat inspecteurs van het FAVV het oogluikend toelaten. Dat kan toch niemand gedogen? Zij worden daarvoor betaald. Zij worden daarvoor ingezet. Wij merken echter meer en meer dat wanneer het over dierencontroles gaat die mensen niks doen en dat de dieren in de kou blijven staan. Wij moeten telkens met vragen komen en wij moeten telkens vragen actieplannen op te stellen, omdat zij dat gewoon niet doen! Zij zijn te vadsig om het te doen, en dat kan in deze tijd niet meer!

10.08 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** : Een kort antwoord op die lange repliek. Ik zie geen probleem. Ik heb er geen probleem mee om informatie te geven over de inhoud van het actieplan en de verschillende maatregelen die werden voorgesteld. Ik stel voor om die informatie te bezorgen aan de voorzitter van de commissie zodat de leden ze kunnen raadplegen.

La **présidente**: Je suggère aussi aux intervenants de poser leurs questions à Mme Laruelle la semaine

prochaine.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les engagements nutritionnels dans le secteur agro-alimentaire" (n° 18653)

11 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de voedingsverbintenissen in de agro-voedingssector" (nr. 18653)

11.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le secrétaire d'État, le ministère français de la Santé a récemment signé une charte d'engagement volontaire de progrès nutritionnel avec trois marques phares de l'industrie agro-alimentaire (Davigel, Maggi et Herta) du groupe Nestlé. Leurs engagements portent sur la modification de la composition des produits existants (réduction des teneurs en sel, en lipides, en sucres et en acides gras trans, augmentation des teneurs en oméga 3 et en vitamine D), la formulation de produits innovants sur le plan nutritionnel et l'information du consommateur. Pour exemple, la teneur en lipide des saucisses Knacki devra être réduite de 8 % en moyenne pour 2012 et la teneur en sel des plats cuisinés surgelés de la marque Maggi devra diminuer de 22 %.

À ce jour, le gouvernement français a ainsi signé 14 chartes d'engagement volontaire. Notre Plan national Nutrition-Santé prévoit, comme en France, d'engager le secteur alimentaire dans la reformulation de ses produits. Mme la ministre a déjà accompli un important travail avec la fédération de l'industrie alimentaire et la fédération de la grande distribution, qui se sont engagées à diminuer la teneur en sel de leurs produits afin que, conjointement au changement des habitudes alimentaires des citoyens, on assiste à une baisse de 10 % de la consommation en sel pour la population belge pour la fin 2012.

Contrairement à la France, la stratégie belge en ce domaine privilégie donc la concertation et l'engagement de tout le secteur, via les fédérations, et non l'engagement individuel des marques.

Mes questions sont les suivantes. Pourquoi avoir fait ce choix politique? N'estimez-vous pas qu'il serait intéressant d'inciter certaines grandes marques du secteur de l'agro-alimentaire à s'engager à améliorer la composition de certains produits très populaires?

11.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, madame Burgeon, je vous communique la réponse de Mme la ministre Onkelinx.

Le processus que mon administration a entamé dans le cadre de la reformulation des produits alimentaires avec les différentes parties prenantes est ambitieux et complexe.

Ce dernier a débuté en janvier 2007 et portait, dans un premier temps, sur la réduction de la teneur en sel dans les produits. Nous avons opté pour une concertation étendue afin d'obtenir l'engagement d'un maximum de parties prenantes.

Cela étant, nous avons des relations proches avec nos collègues du PNNS français (Plan national Nutrition-Santé), que nous rencontrons lors de réunions européennes ou que nous contactons directement pour des sujets précis.

La question de ces chartes d'améliorations nutritionnelles que vous évoquez n'a pas manqué d'éveiller notre intérêt. Il est clair que si des avancées peuvent être réalisées avec plusieurs multinationales, il n'y a pas de raison de ne pas en faire bénéficier nos concitoyens, d'autant que si une multinationale a pris l'engagement de diminuer son taux de sel pour la population française ou britannique, elle peut très bien le faire pour le marché belge.

Toutefois, vous avouerez qu'il est curieux que chaque autorité nationale doive faire des démarches auprès des multinationales qui vendent a priori dans toute l'Europe. Pourquoi l'engagement d'amélioration de Nestlé ne prévaut-il pas pour tous les pays où leurs produits sont vendus? La surconsommation de sel, de sucre simple ajouté et de lipides trans et saturés est un mal universel.

Je trouverais normal que les acquis nutritionnels soient automatiquement transposés chez nous. On gagnerait du temps. En outre, je reste convaincue que même si les avancées sont envisageables de manière bilatérale avec quelques grosses firmes, il est nécessaire que chaque producteur d'aliments, y compris les restaurateurs se remettent en cause et réfléchissent à la formulation de ces produits pour les améliorer qualitativement.

Je tiens à rappeler que la présidence espagnole a fait de la réduction de la consommation de sel une priorité pour laquelle elle prépare des conclusions que je ne manquerai pas de faire suivre auprès des autorités nationales compétentes.

Je rappelle que le PNNS 2 français préfère les engagements de progrès nutritionnels sur le mode collectif plutôt qu'individuel afin "de toucher le maximum d'opérateurs et d'accroître l'impact sur la santé publique".

Je vous signale la mise en place prochaine d'un groupe de travail sur les sucres, les graisses et la taille des portions avec les différentes parties prenantes impliquées.

11.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Avant que vous n'évoquiez la présidence espagnole, j'avais déjà suggéré que l'on continue le travail entrepris. Je ne peux qu'encourager Mme la ministre sur cette voie.

11.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Dans ce domaine-là comme dans de nombreux autres domaines!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Questions jointes de

- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le protocole d'accord entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions du 30 mai 2001 concernant la politique de santé en matière de drogues" (n° 18779)**

- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la Conférence interministérielle Drogues" (n° 18864)**

12 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het protocolakkoord met betrekking tot het gezondheidsbeleid inzake drugs dat op 30 mei 2001 tussen de federale overheid en de Gemeenschappen en de Gewesten werd afgesloten" (nr. 18779)**

- **de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de Interministeriële Conferentie Drugs" (nr. 18864)**

12.01 Koen Bultinck (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik wil met u even op de heel recent gehouden interministeriële conferentie Drugs terugkomen.

Ik heb het persbericht van 25 januari 2010 heel aandachtig gelezen. Ik heb er ook akte van genomen dat de fameuze interministeriële conferentie uiteindelijk een late uitvoering van de federale drugsnota van 2001 is, die nu uiteindelijk tot een gemeenschappelijke verklaring met de zware titel "Globaal en Geïntegreerd Drugsbeleid voor België" heeft geleid. Voor de concrete uitvoering ervan is een nationale drugscoördinator, zijnde professor Brice De Ruyver uit Gent, aangesteld.

Mijnheer de staatssecretaris, een aantal cruciale beleidsvragen blijft niettemin overeind. Wat zijn de concrete beleidslijnen die tijdens de interministeriële conferentie zijn afgesproken?

Zal de interministeriële conferentie al dan niet aanleiding tot een bijsturing van het beleid geven?

Mijnheer de staatssecretaris, ik heb vanmorgen akte genomen van de verklaringen in Knack van de nationale drugscoördinator zelf. Hij stelt heel duidelijk dat wij minimaal van de zwaarwichtige term "gedoogbeleid" af moeten. Luidt zulks een bijsturing van het beleid in?

Mijnheer de staatssecretaris, ik heb nog een niet onbelangrijke detailvraag. In de gemeenschappelijke

verklaring die uit de interministeriële conferentie is gekomen, is over de fameuze kwaliteitstests voor drugs, waarover ik mevrouw de minister reeds herhaaldelijk heb ondervraagd, heel duidelijk geen letter terug te vinden. Ik wou dus naar het volgende polsen. Hoe staat het met het dossier in kwestie? Is het dossier tot onze tevredenheid al dan niet op de lange baan geschoven?

12.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, j'ai déposé le 25 janvier ma question concernant le rapport prévu par le protocole d'accord entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions, protocole du 30 mai 2001. En fait, le lendemain, un article paraissait dans la presse confirmant l'existence de ce rapport, pour la première fois; en effet, depuis 2001, ce rapport était prévu pour 2004 et 2007 et nous n'en avons pas encore de nouvelles.

S'il est arrivé enfin aujourd'hui, nous pouvons néanmoins déplorer son retard. Mais, au moins, il a le mérite d'enfin exister.

S'agit-il bien du rapport prévu par le protocole d'accord?
Pouvons-nous en disposer le plus rapidement possible?

12.03 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, je voudrais d'abord confirmer que le rapport trisannuel 2001-2003 ainsi que le rapport trisannuel 2004-2006 de la cellule politique de santé "drogues" ont été publiés après l'accord des conférences interministérielles Santé publique respectives.

Depuis lors, ils sont disponibles sur le site web de la cellule "drogues" du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, à l'adresse www.health.fgov.be/drugs.

En 2004, le rapport trisannuel a également été envoyé officiellement par mon administration aux différents ministres en charge de la Santé. En 2008, le rapport trisannuel 2004-2006 a été envoyé à tous les chefs de gouvernement. À l'occasion de la publication de ce rapport, un communiqué de presse a également été diffusé.

Ces rapports trisannuels n'ont pas été transmis aux deux assemblées régionales. Les gouvernements des entités fédérées sont eux-mêmes responsables de la communication à leurs assemblées respectives.

Les rapports sont disponibles sur le site susmentionné et Mme Onkelinx en a adressé copie aux deux présidents des assemblées fédérales, Chambre et Sénat.

Ten derde, de interministeriële conferentie van 25 januari bestond uit 24 leden en heeft 11 dossiers besproken en goedgekeurd. Het belangrijkste dossier was de goedkeuring van een gemeenschappelijke verklaring met als titel Een Globaal en Geïntegreerd Drugsbeleid voor België. Onder drugs worden zowel illegale drugs, alcohol, tabak als psychoactieve medicatie verstaan.

Deze verklaring geeft een overzicht van de antecedenten van het Belgische drugsbeleid en de belangrijkste initiatieven sinds 2002. Vervolgens formuleert zij de basisprincipes voor het Belgisch drugsbeleid en geeft zij enkele aanzetten tot operationalisering.

In deze verklaring bevestigen de partijen dat "het gebruik van drugs prioritair een volksgezondheidsfenomeen is". Niettemin moet een goed begrip van dit gebruik in een globale context worden gezien, met inbegrip van essentiële domeinen zoals onderwijs, welzijn, maatschappelijke integratie, veiligheid, justitie en andere domeinen zoals economie.

Deze inclusie van alle relevante domeinen in een beleid waarin tevens alle acties op elkaar afgestemd worden, wordt een globaal en geïntegreerd beleid genoemd. Dit concept vormt de kern van het Belgisch drugsbeleid. Een globaal en geïntegreerd beleid heeft nood aan preventie, vroege detectie en vroege interventie, hulpverlening, met inbegrip van risicobeperking, en repressie. Repressie ten aanzien van de gebruiker is een allerlaatste remedie.

Deze verklaring, goedgekeurd door 21 ministers en 3 staatssecretarissen, verdeeld over het federale, gemeenschaps- en gewestniveau is dus een uniek beleidsdocument en vormt de basis voor het verdere drugsbeleid in ons land. Dit beleid moet nu verder ontwikkeld worden door de algemene cel Drugsbeleid, waarin alle betrokken ministers vertegenwoordigd zijn. Professor Brice De Ruyver en dokter Claire Remy zijn

aangesteld als coördinator en adjunct-coördinator van deze cel.

Daarnaast heeft de conferentie aan de algemene cel Drugsbeleid de opdracht gegeven een overzicht te maken van de knelpunten en diensten in de drughulpverlening. Op basis van dit overzicht moeten concrete optimaliseringvoorstellen opgesteld en voorgelegd worden aan de volgende interministeriële conferentie, die plaatsvindt in september.

De algemene Cel drugsbeleid moet ook de uitvoering opvolgen van die gemeenschappelijke verklaring van de ministers van gezondheid rond het toekomstig alcoholbeleid en de initiatieven inzake drugs in het raam van het Belgisch Voorzitterschap van de Europese Unie. De cel gezondheidsbeleid drugs, met de vertegenwoordigers van alle ministers van gezondheid, heeft zich op mijn vraag inderdaad gebogen over de projecten en voorstellen inzake drugtests van de VAD, de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, en van *modus vivendi*. De afwerking van dat advies bevindt zich in haar laatste fase. De cel zal zich definitief uitspreken tijdens haar volgende vergadering van 16 februari.

12.04 Koen Bultinck (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik dank u uiteraard voor uw antwoord. Voor een stuk is het wel verhelderend, omdat een aantal exacte gegevens verduidelijkt is. Ik zou bijna zeggen dat wij moreel verplicht zijn om mevrouw de minister voort te ondervragen. U verwijst naar het advies inzake de kwaliteitstests voor drugs, dat zich in de laatste fase bevindt, en u vernoemt de datum van 16 februari. Uiteraard wil ik daar met mevrouw de minister op terugkomen.

Maar we zullen ook het hele dossier opnieuw moeten opvolgen. Uit uw antwoord blijkt immers dat mijn interpretatie correct is. De interministeriële conferentie heeft maar een aantal pijnpunten opgesomd, maar ten gronde moet er nog zeer veel uitgewerkt worden. Ik verwijs, al was het maar om er een voorbeeld uit te lichten, naar de fameuze berichten over alternatieve gerechtelijke maatregelen, of naar de drughulpverlening waar rond er in mijn provincie West-Vlaanderen nogal wat problemen bestaan. Het departement Justitie wil uiteindelijk niet langer betalen voor belangrijke projecten inzake drughulpverlening, maar wil die projecten doorschuiven naar Volksgezondheid. Dat soort van zeer exacte problemen die zich op het terrein voordoen voor mensen die met een drugverslaving zitten, zal verder opgevolgd moeten worden. Via de interministeriële conferentie zullen die problemen een concreet resultaat moeten krijgen.

Mevrouw de voorzitter, ik denk dus dat ik niet anders kan dan te gelegener tijd op dat dossier terug te komen, al was het maar omdat het te belangrijk is om zomaar aan het toeval over te laten.

12.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): En ce qui me concerne, je prendrai connaissance de ces documents. Je vous remercie pour votre réponse.

Il serait peut-être intéressant de développer ce sujet en commission plutôt que de poser de simples questions.

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

13 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de functie 'praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg'" (nr. 18811)

13 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la fonction d'assistant en soins de santé de première ligne" (n° 18811)

13.01 Maya Detiège (sp.a): In september 2008 had een aantal huisartsen de minister verzocht om na te gaan of het mogelijk was om een nieuw paramedisch beroep te creëren: praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het zou gaan om een beroep waarbij kandidaten worden opgeleid via een programma van 90 ECTS-studiepunten, hoger beroepsonderwijs, Europese kwalificatie, graad 5. Het is een nieuw beroep dat taken als onthaal, administratieve ondersteuning, hulp bij interventies zoals bloedafname en voorbereiding van kleine ingrepen omvat. Het beroep zou aanleiding kunnen geven tot het aantrekken van nieuwe krachten in de zorgsector, wat absoluut noodzakelijk is en waar al lang vraag naar is. Voor België zou het gaan om 3 000 tot 5 000 nieuwe arbeidsplaatsen. Het zou ook uitdrukking geven aan de noodzakelijke versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals gevraagd in de door België in Genève mee goedgekeurde resolutie WHA 62.12.

Mevrouw Onkelinx heeft in verband met dat voorstel het advies gevraagd aan de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen en de Nationale Raad voor Verpleegkundigen. Zoals ik had verwacht, hebben beide negatief geadviseerd. Toch vraag ik de minister en u om door te zetten, aangezien de huisartsen echt wel vragende partij voor de invoering van het beroep zijn.

De Nationale Raad voor Paramedische Beroepen en die voor Verpleegkundigen hebben in deze hun verantwoordelijkheid niet genomen. Dat is onbegrijpelijk, want het kan toch niet de bedoeling zijn dat het beroep door de verpleegkundigen wordt uitgeoefend? Er is een tekort aan verpleegkundigen. Ik zie dus ook niet in waarom zij zich tegen de invoering van het nieuwe beroep zouden verzetten. Noch de Nationale Raad voor Verpleegkundigen, noch de Nationale Raad voor de Paramedische Beroepen heeft de moeite genomen om de indieners van het voorstel uit te nodigen om het voorstel toe te lichten of om van gedachten te wisselen. De kwaliteit en de grondigheid van de adviezen kunnen dus ten eerste worden betwijfeld.

Frank Vandenbroucke, onze voormalige Vlaams minister van Onderwijs, heeft zich een aantal jaren terug geëngageerd om de opleiding te realiseren. Hij vond het een zeer belangrijk project. Wij stellen vast dat er overal in Europa nieuwe beroepen komen, ook in de eerstelijngesondheidszorg. Ook het beroep van praktijkassistent is in heel wat landen ingevoerd. Het is belangrijk (...) dat het beroep een geïntegreerde functie heeft. Het gaat niet alleen om administratieve elementen, maar ook om een aantal andere aspecten die aanleunen bij de patiëntenzorg.

Wanneer het beroep wordt gereduceerd tot enkel een administratieve functie, biedt het niet echt de ondersteuning tot takendelegatie, die de huisartsgeneeskunde nodig heeft.

Daarom zou ik willen vragen om de twee betrokken raden die het negatief advies hebben uitgebracht, uit te nodigen om een gesprek aan te gaan met de indieners van het voorstel, zodat aanvullende informatie kan worden verstrekt en eindelijk overleg mogelijk wordt.

Wanneer België beweert de eerstelijngesondheidszorg te willen versterken, is het ook noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de nodige professionals adequaat en kwaliteitsvol worden opgeleid. Voorwaarde daarvoor is dat het beroep van praktijkassistent in de eerstelijngesondheidszorg als paramedisch beroep wordt gedefinieerd.

Graag verneem ik dan ook van u wat minister Onkelinx daarvan vindt en welke haar intenties zijn.

De **voorzitter**: Dat is geen vraag, maar een pleidooi.

13.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, allereerst bevestig ik u dat het mijn overtuiging is dat de ontwikkeling van een kwalitatieve eerstelijnszorg essentieel is voor de ontwikkeling van ons systeem van gezondheidszorg. De huisarts van morgen zal steeds meer met multidisciplinair netwerken moeten werken. De recente lancering van de zorgtrajecten is daarvan een eerste concreet voorbeeld. Die netwerken zullen voor de pratici van de eerste lijn dankzij administratieve assistenten worden ontwikkeld.

In 2008 werd het fonds Impulseo II ingesteld, dat weldra zal gevolgd worden door het fonds Impulseo III, dat de huisartsen ondersteunt die in hun praktijk een bediende in dienst willen nemen om hen te ontlasten van het administratief en onthaalwerk van de eerste lijn. Het besluit inzake het Impulseofonds preciseert niet welke de gewenste opleiding is voor die administratieve krachten.

Bepaalde actoren van de eerste lijn hebben inderdaad gesuggereerd om een nieuwe beroepstitel en een nieuwe opleiding te creëren, die zij de praktijkassistent van de eerste lijn noemden. Dat project voorziet in een opleiding van achttien maanden inzake de onthaal- en secretariaattaken, het informaticabeheer en bepaalde technische handelingen die niet voorkomen in de RIZIV-nomenclatuur. Voor zover bekend, heeft alleen Nederland een dergelijk beroep ontwikkeld in het kader van een organisatie van de eerstelijnszorg, die echter zeer verschilt van dewelke in ons land werd ontwikkeld.

De minister heeft inderdaad aan de Nationale Raad voor Verpleegkunde en aan de Nationale Raad voor de Paramedische Beroepen een advies over het voorstel gevraagd. Beide instanties hebben een negatief advies gegeven. De twee raden zijn enerzijds van mening dat het moeilijk lijkt om in 18 maanden tijd echte paramedici te vormen en anderzijds dat het lastenboek van die assistenten van de eerste lijn zeer nauw

aansluit bij dat van de medische secretaressen, met uitzondering van de handelingen die voorbehouden zijn voor de geneeskunde en die, volgens het advies, uitgevoerd moeten worden door verpleegkundigen. Ik preciseer ook dat de beroepsorganisaties van de artsen die geraadpleegd werden, van mening waren dat de invoering van een dergelijk beroep geen prioriteit is.

Na de analyse van de verschillende adviezen besloot de minister in eerste instantie te opteren voor een maximale ontwikkeling van de Impulsefondsen, alvorens een balans op te maken met alle actoren op het terrein, over de reële behoefte aan administratieve of technische ondersteunende krachten.

Tot nu toe werden in het kader van het Fonds Impulso II door de huisartsen bijna 650 personen in dienst genomen. De eventuele creatie van een nieuw paramedisch beroep kan trouwens alleen in het kader van een ruimere denkoefening over de huidige situatie van de paramedische beroepen in ons gezondheidszorgsysteem. In dat kader is de minister bereid om aan de Nationale Raad voor Verpleegkunde en aan de Nationale Raad voor de Paramedische Beroepen te vragen om de initiatiefnemers van het project te ontmoeten en om, samen met de vertegenwoordigers van de huisartsenverenigingen, de reële behoeften van de eerste lijn in de materie opnieuw te evalueren.

Mevrouw Detiège, dat was het antwoord van mevrouw Onkelinx.

13.03 Maya Detiège (sp.a): Dank u wel voor het uitvoerige antwoord. Het is bijna even lang als mijn vraag, maar dat vind ik heel goed.

Impulso was enorm belangrijk, omdat het een zekere ondersteuning vormt voor de huisarts. U zegt zelf dat er 650 mensen extra in dienst konden worden genomen. Die werden ingezet om de administratieve overlast aan te pakken. Ik heb ook gezegd dat de huisartsen toch nog iets meer verwachten. Vandaar ook mijn vraag om met die raden opnieuw rond tafel te gaan zitten. Ik heb begrepen dat minister Onkelinx dat ook effectief opnieuw wil doen.

Het is vooral belangrijk, mijns inziens, om misverstanden weg te werken. Er zijn gevoeligheden in de sector. Er worden bepaalde korven beschermd en ik begrijp dat ook. Iedereen heeft zijn functie in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Ik denk dat wij ook in België moeten rond durven te kijken om te leren hoe we een en ander kunnen verbeteren. In Nederland durft men dat iets sneller dan bij ons. Ik zou ervoor durven te pleiten om vrij snel met de verschillende groeperingen opnieuw samen te zitten, zodat er een win-winsituatie kan worden gecreëerd, waarbij zowel de verpleegkundigen zich goed voelen, als de huisartsen, dankzij een nieuw paramedisch beroep.

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

14 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het negatief advies van EMEA betreffende het gebruik van Avastin" (nr. 18812)

14 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'avis négatif d'EMEA relatif à l'utilisation d'Avastin" (n° 18812)

14.01 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de voorzitter, het is opnieuw een lange vraag. Het is een tamelijk technische maar heel belangrijke kwestie. Het gaat over Avastin, een geneesmiddel dat bij hersentumoren wordt gebruikt.

Ik heb een heel korte mail over de problematiek gekregen. Ik zou echter heel graag de officiële bevestiging krijgen. Daarom stel ik de vraag vandaag in de commissie.

Ik wil met mijn vraag uiting geven aan mijn bezorgdheid over het negatieve advies dat het Europees geneesmiddelenagentschap of EMEA heeft verleend inzake de erkenning van het geneesmiddel Avastin, dat bij de behandeling van hooggradige hersentumoren wordt gebruikt.

Voornoemde beslissing kan voor een aantal hersentumorkrachten tot een ware ramp leiden. Ik zal u

uitleggen waarom.

Het advies werd door het EMEA formeel verantwoord met het argument dat de firma Roche geen gerandomiseerde fase 3-studie inzake het gebruik van Avastin voor hersentumoren had uitgevoerd. Het ontbreken van een controlearm gaf in het dossier blijkbaar de doorslag.

Dergelijke studies zijn inderdaad de norm voor het opstarten van een erkenningprocedure voor geneesmiddelen. In het geval van glioblastomen of vierdegraadshersentumoren lijkt de genoemde procedure mij echter ethisch totaal niet verantwoord. Indien de helft van de patiënten in een project met placebo's zou worden behandeld, weet u ook dat de betrokken patiënten gewoonweg zouden sterven.

Bij vierdegraadshersentumoren of glioblastoom multiforme bedraagt de mortaliteit na twee jaar behandeling nog steeds meer dan 90 %. Het enige, beschikbare middel op dit ogenblik voor de behandeling is, behalve temozolomide of Temodal, Avastin, ook gekend onder de wetenschappelijke benaming bevacizumab. Avastin werkt als een angiogenese remmer. Temodal is een cytostaticum.

De incidentie van de hooggradige hersentumoren bedraagt acht op honderdduizend inwoners per jaar. Voor Europa of de Europese Unie betekent zulks 40 000 nieuwe gevallen per jaar. Het enige, erkende geneesmiddel, Temodal, slaat slechts in 40 % van de gevallen aan. Een en ander wil concreet zeggen dat 24 000 patiënten per jaar geen adequate behandeling krijgen.

Bovendien vermindert na verloop van tijd ook de effectiviteit van het geneesmiddel sterk. Dat is wetenschappelijk bewezen. Indien wordt geweigerd Avastin, het enige, goede alternatief op dit ogenblik, te verstrekken, blijft opnieuw 60 % van de hooggradige hersentumoren na chirurgie en radiotherapie onbehandeld, met een spoedig overlijden tot gevolg.

De vooruitgang op het vlak van chirurgie en radiotherapie heeft ertoe bijgedragen dat de levenskwaliteit wel gestegen is bij die patiënten, maar niet hun overlevingsduur en daarom is er dringend nood aan een oplossing.

Ik heb een aantal dingen opgesomd. De werkgroep Hersentumoren vzw roept bijvoorbeeld het Bijzonder Solidariteitsfonds op om het beleid dat zij reeds een tijd voeren sinds april 2009 niet te herroepen. Op dit ogenblik worden tal van patiënten echt wel met succes behandeld met het geneesmiddel Avastin. De behandeling is soms met wisselend succes, maar het is sowieso veel beter dan dat we een placebo of niets zouden geven. Er is echter een grote groep long term survivors die dankzij het geneesmiddel nog in leven zijn.

Ten tweede is het ook duidelijk dat het Europees Geneesmiddelenagentschap zich dringend moet bezinnen over het ethisch gehalte van een aantal beoordelingscriteria, want dergelijke aangelegenheden worden te vaak puur administratief afgehandeld. U weet dat het ene dossier komt na het andere, het moet snel gaan. Ze staan echter niet stil bij de gevolgen voor de betrokkenen, de mensen die sterven, en de betrokken families.

Naast bovengenoemde argumenten zijn er nog een aantal andere gegronde redenen. De toxiciteit van Avastin is reeds uitvoerig bestudeerd in het raam van de werking bij darmkanker. Hier werd de hele procedure doorlopen. Het werken met een controlegroep die slechts placebo's toegediend krijgt, is ethisch onverantwoord omdat glioblastomen dodelijk zijn zonder nabehandeling. Voor glioblastomen is er geen controlearm nodig. Iedereen weet de uitkomst van de controlegroep op voorhand: alle betrokkenen sterven. Er is voldoende evidentie om zeker te zijn dat Avastin bij hersentumorpatiënten kan helpen.

Ten derde is het voor mij immens belangrijk dat de Amerikaanse Food and Drug Administration deze redenering gevolgd heeft en Avastin wel goedgekeurd heeft voor de behandeling van hersentumoren. Ik durf daarom een beroep te doen op minister Onkelinx om internationaal mee aan te dringen op een herziening van deze beslissing. Naar mijn mening zou het goed zijn, indien men voor zeldzame en/of dodelijke ziekten een herziening zou doen van de gevraagde onderzoeken.

Ik wil weten wat de mening is van minister Onkelinx in dit dossier en welke stappen zij zal zetten.

De **voorzitter**: U moet uw vragen een beetje korter maken.

14.02 Maya Detiège (sp.a): Normaal doe ik dat, maar als er mensen sterven, sorry, dan mag het één minuut langer duren.

La **présidente**: Je comprends mais toutes les questions sont importantes!

14.03 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Ik zal u graag de mening van mevrouw Onkelinx meedelen. De vraag is technisch en bijgevolg is het antwoord ook technisch.

De huidige Europese richtsnoeren voor registratie van geneesmiddelen vereisen het uitvoeren van een gerandomiseerde fase III studie, namelijk een vergelijkende studie. Voor oncologische geneesmiddelen wordt in de controlearm geen placebo maar steeds in standaardbehandeling voorzien en dit om ethische redenen. De discussies betreffende Avastine en recidiverend glioblastoom, en de uiteenlopende meningen hieromtrent bevestigen de noodzaak aan het uitwerken van specifieke klinische richtsnoeren voor de registratie van geneesmiddelen voor de behandeling van zeldzame tumoren.

Het al dan niet gebruik van gegevens afkomstig uit registers voor de registratie van geneesmiddelen vereist in een eerste fase dat dergelijke registers op Europees niveau zouden worden opgericht. Tevens moet rekening worden gehouden met de beperkingen van dergelijke registers. Een register zoals Central Brain Tumor Registry, waarnaar u verwijst, ter vervanging van klinische studies is wetenschappelijk en methodologisch niet te rechtvaardigen. Deze registers zouden wel een belangrijke bron van informatie kunnen bevatten voor epidemiologische studies. Evenzeer zouden signalen inzake eventuele doeltreffendheid van een experimentele behandeling kunnen worden opgevangen die dan in een tweede fase in klinische studies worden onderzocht. Dit zou in een derde fase kunnen leiden tot de registratie van het betreffende geneesmiddel of tot een nieuwe indicatie van een bestaand geneesmiddel.

Rekening houdend met de positieve resultaten van de uitgevoerde studies bij patiënten met herstel van glioblastoom, waarbij een objectieve respons werd aangetoond, is het naar mijn mening gerechtvaardigd om Avastine in België beschikbaar te houden voor deze patiënten. Dit zou mogelijk zijn via de tussenkomst van het bijzonder solidariteitsfonds van het RIZIV. Het betreft hier slechts een kleine groep patiënten met een dodelijke ziekte en waarvoor, tot op heden, geen alternatieve behandeling bestaat die een gelijkaardig effect heeft aangetoond.

Tot hier, mevrouw Detiège, het antwoord van de minister.

14.04 Maya Detiège (sp.a): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor het duidelijke antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de uitbreiding van de terugbetaling van de preventieve behandeling (Palivizumab) tegen de RSV-infecties (Respiratoir Syncytiaal Virus)" (nr. 18813)

15 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'extension du remboursement du traitement préventif (Palivizumab) contre les infections VRS (Virus Respiratoire Syncytial)" (n° 18813)

15.01 Maya Detiège (sp.a): Deze vraag gaat over prematuren, een heel kwetsbare groep. Blijkbaar zouden zij in België vergeleken bij Europa toch iets meer achtergesteld worden.

Infecties met het respiratoir syncytiaal virus komen vaak voor bij zuigelingen. De infectie veroorzaakt bij sommige kinderen ernstige bronchopulmonale infecties, waaronder bronchiolitis. Het gevolg hiervan zijn ziekenhuisopnames en soms intensieve zorg. Prematuur geboren kinderen of kinderen met een onderliggende chronische aandoening lopen een hoog risico; zij zijn bijzonder vatbaar. Bij hen slaat de bronchiolitis bovendien in alle hevigheid toe met herhaalde ziekenhuisopnames en soms levenslange sequels als gevolg. Ik denk bijvoorbeeld aan astma.

Om hen beter te beschermen is sinds mei 2009 – daarvoor dank ik de minister en mijn collega's, want ik had daarvoor een resolutie ingediend – de preventie van bronchiolitis mogelijk bij een duidelijk afgebakende groep van ex-prematuren. Voor die kinderen is een behandeling met Palivizumab tijdens het RSV-seizoen

terugbetaald. Zij krijgen elke maand een injectie met monoklonale antistoffen, waardoor zij beschermd worden tegen het virus.

Volgende kinderen hebben sinds 2009 toegang tot een terugbetaalde behandeling: kinderen van minder dan 28 weken zwangerschapsleeftijd die jonger zijn dan 12 maanden bij het begin van het RSV-seizoen, kinderen tussen 28 en 31 weken zwangerschapsleeftijd die nood hebben aan een beademing van minstens 48 uur en die jonger zijn dan zes maanden bij het begin van het RSV-seizoen, kinderen met chronische respiratoire insufficiëntie jonger dan 2 jaar en die nood hebben aan chronische zuurstoftherapie of beademing en kinderen jonger dan 2 jaar die lijden aan een congenitale hartaandoening.

Een groep bijzonder kwetsbare ex-premature kinderen glipt echter nog steeds tussen de mazen van het net. Dat zijn de kinderen geboren tussen de 32 en de 35 weken zwangerschap. Die hebben in ons land nog steeds geen recht op een preventieve behandeling tegen RSV-infecties, terwijl ze zijn opgenomen in de internationaal vastgelegde indicaties. Dat wil zeggen dat hierin in andere landen wel wordt voorzien.

In België worden vandaag zo'n 4 330 kinderen geboren tussen 32 en 35 weken. Een duizendtal daarvan heeft een extreem verhoogd risico op bronchiolitis. Tot die groep van duizend kinderen behoren baby's die bij de start van het RSV-seizoen jonger zijn dan tien weken en die worden blootgesteld aan bijkomende risico's. Tot die risico's behoren bijvoorbeeld het leven in een rookomgeving, het feit dat mama rookte tijdens de zwangerschap, het feit dat ze naar een crèche of onthaalmoeder gaan of het feit dat ze broertjes en zusjes hebben.

Ook die kinderen hebben nood aan preventieve bescherming. Dat kan herhaalde ziekenhuisopnames, intensieve medische zorg en een ernstig verlies aan levenskwaliteit voor het hele gezin voorkomen. Daarom vraag ik aan de minister om de uitbreiding van de terugbetaling van de preventieve behandeling te willen steunen. Die duizend kinderen hebben recht op bescherming.

15.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega, het geneesmiddel dat gebruikt wordt voor de bescherming tegen respiratoir syncytiaal virus op dit moment wordt reeds terugbetaald voor alle hoogrisicopatiënten.

De geldende vergoedingsvoorwaarden zijn hiervoor gebaseerd op de beperkte beschikbare evidentie en de ervaring die met het geneesmiddel is opgebouwd tijdens een experimentele terugbetaling via een bijzondere conventie.

Het geneesmiddel is op dit moment dus reeds terugbetaalbaar voor de doelgroep van kinderen waarnaar u verwijst, geboren tussen 32 en 35 weken zwangerschapsleeftijd, voor zover zij een hoog risico lopen op ernstige bronchopulmonale infecties, meer specifiek voor kinderen jonger dan 2 jaar die lijden aan een congenitale hartaandoening of kinderen met chronische respiratoire insufficiëntie.

De suggestie voor een verdere uitbreiding van de vergoedbaarheid van het geneesmiddel naar alle kinderen geboren tussen 32 en 35 weken zwangerschapsleeftijd en met verhoogd risico op bronchiolitis vergt een zorgvuldig onderzoek van zowel de doeltreffendheid als de doelmatigheid van de behandeling, zeker gezien de bijzonder hoge kostprijs van de behandelingen en de impact op het beschikbare budget voor de geneesmiddelen.

Bij het opstellen van de oorspronkelijke conventie werd die discussie gevoerd en werden op basis van de beschikbare gegevens prioriteiten gesteld en keuzes gemaakt. Indien nieuwe evidentie beschikbaar wordt die het heropenen van de discussie kan verantwoorden, zal de minister het onderzoek mijn absolute steun verlenen.

Dat was het antwoord van mevrouw Onkelinx.

15.03 **Maya Detiège** (sp.a): Mijnheer de staatssecretaris, ik ken minister Onkelinx goed. Wanneer men een idee aanreikt en ze vindt het goed, staat ze er wel voor open.

Wij organiseren binnenkort hier in het Parlement een rondetafelconferentie daaromtrent, samen met mevrouw Gerkens en mevrouw Avontrodt, waarop ook experts uitgenodigd worden. Dan zal er nieuwe informatie over bronchiolitis specifiek en prematuren in het algemeen op tafel komen. Wij zullen daar dan herhalen wat ik vandaag hier in de commissie zei. Ik hoop dat de minister dan het dossier heropent.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

16 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gevaar van Bisfenol A" (nr. 18829)

16 Question de Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les dangers du Bisphénol A" (n° 18829)

16.01 **Lieve Van Daele** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, mijn eerste vraag gaat over het gevaar van Bisfenol A, een van de meest voorkomende chemicaliën om producten zoals plastic flessen, cd's, credit cards, te maken.

Een aantal jaren geleden kwam deze stof al eens in opspraak omdat onderzoek erop wees dat het bij kinderen ontwikkelingsproblemen of vervroegde puberteitsontwikkeling kan veroorzaken.

Veel fabrikanten hebben het gebruik van Bisfenol A intussen al geweerd, maar dit is blijkbaar nog geen wettelijke verplichting en is nog niet iedereen van de risico's overtuigd.

Een nieuw onderzoek in de Verenigde Staten wijst uit dat mensen met een hoog niveau van Bisfenol A 33 % meer kans krijgen op hartziekten. Men dringt aan om de samenhang tussen de stof en de gezondheidsrisico's beter te bestuderen en ondertussen met omzichtigheid te werk te gaan.

Mijnheer de staatssecretaris, wordt in ons land onderzoek gedaan naar de mogelijke gezondheidsrisico's? Klopt het dat er geen wettelijke bepalingen zijn die de stof verbieden? Moet de stof intussen preventief worden geweerd of moet er niet minstens een duidelijke communicatie ter zake gebeuren?

16.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, ik heb een zeer kort antwoord van de minister. Zij verwijst naar haar antwoord op vraag 17906 van mevrouw Snoy over hetzelfde onderwerp. Ik heb hier de tekst van het antwoord.

16.03 **Lieve Van Daele** (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, gelieve mij te verontschuldigen. Het is aan mijn aandacht ontsnapt. Het belangrijkste is dat het antwoord is gegeven.

Mevrouw de voorzitter, was het volgens u een bevredigend antwoord?

16.04 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: De inhoud is exact dezelfde.

16.05 **Lieve Van Daele** (CD&V): Ik lees het zeker na.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Daele, ik heb niet gesproken over deze studie van de Verenigde Staten. Voor het overige waren de vragen dezelfde.

16.06 **Lieve Van Daele** (CD&V): (...)

De **voorzitter**: U hebt uw vraag gesteld.

Le secrétariat ne peut pas ne pas inscrire votre question à l'ordre du jour, mais le ministre peut vous indiquer avoir déjà répondu à cette question.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

17 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een eenvoudige test om nood aan cholesterolverlagers in te schatten" (nr. 18830)

17 Question de Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "un test simple pour évaluer la nécessité de prendre des hypocholestérolémiants" (n° 18830)

17.01 Lieve Van Daele (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, cholesterol is vandaag een van de hoofdoorzaken van hart- en vaatziekten, zeker in de Westerse wereld. Heel veel mensen met hoge cholesterol nemen hun toevlucht tot cholesterolverlagers. Het gebruik van die cholesterolremmers is de laatste jaren spectaculair de hoogte in geschoten. Volgens een recente studie zouden 1,3 miljoen landgenoten dergelijke cholesterolpillen gebruiken, samen goed voor bijna 400 miljoen euro van het RIZIV-budget. Volgens de studie – ik vond dat bijzonder merkwaardig – zou slechts op 1 op 20 patiënten die deze pillen gebruiken daar ook effectief voordeel uithalen. Ik vond dat onstellend als men het budget ziet dat daar naartoe gaat. De onderzoekers gaven ook te kennen dat ze over een vrij eenvoudige test beschikken die kan uitmaken of een patiënt effectief voordeel heeft bij het gebruik van cholesterolremmers.

Vandaar mijn vraag. Heeft de minister weet van dit onderzoek? Zo ja, wat zal het gevolg zijn van deze bevindingen die toch onze aandacht verdienen?

17.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw Van Daele, ik heb een volledig antwoord voor u.

De patiënten met een bewezen cardiovasculaire ziekte lopen een verhoogd risico van een vasculaire gebeurtenis. Zij hebben dus een voorschrift voor een medicamenteuze behandeling van hypercholesterolemie nodig. Bij de asymptomatische patiënten die blijkbaar in goede gezondheid verkeren en geen cardiovasculaire antecedenten hebben, hangen de preventieve acties af van hun totale cardiovasculaire risiconiveau.

De patiënten met een hoog risico moeten worden geïdentificeerd. Wanneer het nodig is, moet worden overwogen een medicamenteuze behandeling van de hypercholesterolemie voor te schrijven.

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om het risico van cardiovasculaire ziekten bij asymptomatische patiënten te onderzoeken. Het model dat de artsen sinds 2006 voor de inschatting van het totale risico toepassen is gebaseerd op het SCORE-systeem. Dat model is door de Europese wetenschappelijke autoriteiten gevalideerd. Het SCORE-model houdt rekening met de volgende risicofactoren: geslacht, leeftijd, roken, systolische bloeddruk, en het totale cholesterolpercentage of het verband tussen de totale cholesterol en de HDL-cholesterol.

Er is een Belgische versie van het SCORE-model ontwikkeld. Dit model is gebaseerd op de specifieke epidemiologische gegevens van ons land en wordt door de artsen in het kader van de terugbetalingcriteria voor een medicamenteuze behandeling van hypercholesterolemie gebruikt.

De werkgroep Huisartsengeneeskunde van de VUB heeft een nieuw instrument ontwikkeld voor de evaluatie van het cardiovasculaire risico, waarmee men de personen zou kunnen opsporen die in aanmerking komen voor een medicamenteuze behandeling van hypercholesterolemie. Het gaat om een gebruiksvriendelijke module die door iedereen op het internet kan worden geraadpleegd, in tegenstelling tot het SCORE-model, dat alleen voor de artsen bestemd is.

Dit instrument is op 6 risicofactoren gebaseerd: geslacht, bloeddruk, cholesterolpercentage, roken, diabetes en erfelijkheid. Afhankelijk van de antwoorden op zeven vragen kan de computer aan de persoon in kwestie aanraden zijn huisarts te raadplegen.

De ontwikkelaars van de module verduidelijken dat het voorgestelde advies louter indicatief is en de raadpleging van de arts niet kan vervangen.

Er moet worden onderstreept dat dit nieuwe instrument voor de evaluatie van het risico geen biologische test, maar slechts een instrument voor zelfevaluatie is en het SCORE-model, dat in wetenschappelijke kringen nog altijd een referentiesysteem blijft, niet kan vervangen.

Op basis van de gegevens die momenteel beschikbaar zijn, kan de toepassing van dat nieuwe instrument dus niet aanbevolen worden in het kader van de terugbetaling van een medicamenteuze behandeling van hypercholesterolemie.

17.03 Lieve Van Daele (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, bedankt voor uw antwoord, dat toch wel verduidelikend is. De conclusies van de studie lijken mij in dat opzicht toch wat kort door de bocht.

Ik ben het alleszins met u eens dat een indicatief instrument dat bedoeld is voor zelfevaluatie, niet zomaar ten opzichte van een wetenschappelijk instrument geplaatst kan worden dat bedoeld is voor artsen.

Vorige week kwamen in de plenaire vergadering nog vragen aan bod over het soms excessief gebruik van geneesmiddelen. Ik denk dat velen van ons het aanvoelen hebben, ook in deze materie, dat we daar attent voor moeten blijven.

In deze commissie hebben we ook allemaal bijzonder grote zorgen over de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg, omwille van de vergrijzing, omwille van de snelle wetenschappelijke evoluties. Dan denk ik dat we bijzonder kritisch moeten zijn wanneer we het aanvoelen hebben – ik denk dat het hier ruim gedragen wordt – dat er toch sectoren zijn waar er misschien iets omzichtiger met de budgetten zou kunnen worden omgesprongen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les intoxications causées par l'usage de médicaments périmés" (n° 18842)

18 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de vergiftigingen die door vervallen geneesmiddelen worden veroorzaakt" (nr. 18842)

18.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, en France, annuellement, l'ingestion ou l'usage de médicaments périmés provoque 22 000 intoxications, en dépit des nombreux avertissements rappelant que leur consommation peut nuire plus ou moins gravement à la santé.

Pourtant, la plupart des gens n'ignorent pas que les médicaments périmés et non utilisés n'ont pas leur place dans leur armoire à pharmacie. Je ne m'étendrai pas sur cet aspect des choses, puisque les médicaments périmés sont considérés comme des déchets dont le traitement est une compétence régionale. En outre, en collaboration avec les Régions et les communes, les laboratoires pharmaceutiques ont élaboré une solution gratuite pour les patients.

Il en est de même pour la prévention qui est une compétence communautaire. Néanmoins, il me semble que l'État fédéral a un rôle à jouer dans cette partition. En effet, en Belgique, la consommation de médicaments est très, voire trop élevée. Celle-ci pèse lourdement sur le budget fédéral des soins de santé mais aussi sur le budget personnel de nos concitoyens, incitant ainsi certains patients à faire usage de produits périmés.

Monsieur le secrétaire d'État, à l'instar de la France, possédons-nous des statistiques relatives à cette problématique? Dans l'affirmative, quels enseignements en tirez-vous?

Si la plupart des médicaments périmés perdent tout simplement leur efficacité, certains se révèlent potentiellement dangereux pour la santé. Ne serait-il pas nécessaire de simplifier la signalétique relative à la date de péremption qui, à ce jour, peut être indiquée de différentes manières: PER pour "périmé", EX pour "expire" et VAL pour "valable"? Si ces données ne sont pas reprises, cela signifie que le médicament peut être consommé dans les 5 ans après sa date de fabrication, sauf indications contraires et spécifiques sur l'emballage mais, là aussi, la date de fabrication du médicament n'est pas facilement compréhensible!

Quant aux médicaments qui présentent une dangerosité réelle pour la santé après péremption, ne devraient-ils pas disposer d'une signalétique particulière et clairement identifiable mettant en garde le patient?

18.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, en réponse à la première question, nous ne possédons pas de statistiques relatives aux intoxications provoquées par la consommation de médicaments périmés. Interrogé à ce sujet, le Centre anti-poisons relate environ 150 appels en 2009 relatifs à la prise de médicaments périmés. L'immense majorité de ces appels n'étaient pas associés à des symptômes. Il s'agissait le plus souvent de l'inquiétude du patient qui s'est rendu compte a posteriori de la prise d'un médicament périmé. Je voudrais aussi préciser que, d'après un rapport de l'Inspection générale française des Affaires sociales de janvier 2005 sur le dispositif de recyclage des médicaments, les 22 000 intoxications auxquelles il est fait allusion ici seraient liées, non pas à la consommation de médicaments périmés mais plutôt à des accidents domestiques provoqués par l'ingestion

accidentelle par des enfants de médicaments non utilisés et conservés dans une pharmacie familiale.

Pour ce qui est de votre deuxième question. Pour le reste, comme vous le précisez, le problème posé par les médicaments périmés est, dans l'immense majorité des cas, une perte d'efficacité suite à la dégradation des principes actifs, ce qui bien entendu constitue aussi un problème, particulièrement pour certains médicaments qui ont un index thérapeutique étroit ou présentent une perte d'activité très rapide.

En réponse à votre première sous-question, tous les médicaments commercialisés doivent comporter la mention de leur date de péremption en clair. La mention standardisée EXP (expire) suivie du mois/année constitue un minimum. Une date de péremption détaillée, jour/mois/année, est autorisée. L'année doit être exprimée en quatre chiffres. Lorsqu'on ne mentionne que le mois et l'année, la date de péremption est considérée comme étant le dernier jour du mois.

En réponse à votre sous-question b, cette mention est obligatoire. L'objectif est que les patients en tiennent toujours compte et ne consomment aucun médicament périmé quel qu'il soit. Indiquer un degré de pertinence serait un mauvais signal quant à la portée et la crédibilité en général de cette date de péremption.

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

19 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de elektronische sigaret" (nr. 18877)

19 Question de Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la cigarette électronique" (n° 18877)

19.01 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, de elektronische sigaret, de e-sigaret, is een vervangingsmiddel voor de traditionele sigaret. Zij wordt door velen gezien als een vrij gezond alternatief voor rokers die het normale roken geheel of gedeeltelijk willen vervangen. Toch blijkt uit alles dat het een onterechte verwachting is. Die e-sigaret bestaat namelijk in verschillende sterktes, van een extra hoge dosis nicotine tot soorten zonder nicotine.

De voorbije weken was er nogal wat aandacht voor het wetenschappelijk onderzoek dat stelt dat er zorgwekkend weinig veiligheidsgegevens zijn over die e-sigaret, ondanks de groeiende populariteit ervan en ondanks de aanwezigheid van hoge dosissen kankerverwekkende stoffen in bepaalde van die producten.

In Europa is er geen eenduidige status van de e-sigaret. In sommige landen wordt ze verboden, in andere wordt ze beschouwd als een geneesmiddel.

Wat is precies de status van de e-sigaret in ons land?

Heeft de minister zicht op het gebruik ervan? Bestaan er cijfers?

Is er sprake van een groeiende populariteit?

Wie zijn de gebruikers? Zijn het eerste rokers, jongeren of rokers die willen afbouwen?

Welke vormen van de e-sigaret worden voornamelijk gebruikt, die met het hoog nicotinegehalte of de nicotinevrije?

Heeft de minister weet van pogingen om binnen Europa tot een sluitende en eenduidige regelgeving te komen?

19.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, mijn diensten kennen deze producten en namen een zeer strikt standpunt in ten opzichte van de sigaretten zonder rook of andere elektronische sigaretten. Deze producten vallen onder de wetgeving die van toepassing is op de geneesmiddelen ofwel onder de wetgeving inzake de tabaksproducten.

Zo zijn de producten die nicotine bevatten actieve farmacologische substantiegeneesmiddelen in de zin van de wet. Meerdere producten die nicotine bevatten hebben bijvoorbeeld het statuut van geneesmiddel zoals de patch en de kauwgum. Deze producten mogen pas in de handel worden gebracht nadat ze een toelating

verkregen om dat te doen. Voor deze registratieprocedure als geneesmiddel moeten gegevens worden verstrekt die de kwaliteit, de veiligheid en de doeltreffendheid van deze producten bewijzen.

De elektronische sigaretten die melding maken van therapeutische indicaties, bijvoorbeeld als hulp bij het stoppen met roken, zijn door hun presentatie ook geneesmiddelen en moeten dus dezelfde registratieprocedure volgen. Het elektronisch systeem moet van zijn kant beantwoorden aan de vereisten van een medisch hulpmiddel.

Voor de producten waarin extracten van tabak zijn opgenomen, kan de nicotine inderdaad van tabak afkomstig zijn. Deze producten moeten bijgevolg als tabaksproducten worden beschouwd en aan dezelfde beperkingen als de klassieke sigaret beantwoorden.

Tot op heden werd geen enkele registratieaanvraag als geneesmiddel of tabaksproduct bij mijn diensten ingediend. Momenteel is het dus verboden om deze producten in België op de markt te brengen.

De controle op de eventuele producten van dit type is afhankelijk van de wetgeving waaronder ze ressorteren. Indien ze als geneesmiddel worden beschouwd is het FAVV voor de controle verantwoordelijk. Indien ze als tabaksproduct worden beschouwd, is de inspectiedienst van DG 4 van de FOD Volksgezondheid voor de controle bevoegd.

Zoals u weet worden deze producten vaak via het internet aangeboden. Het is dus zeer moeilijk om cijfers te geven. Mijn diensten onderscheppen geregeld postzendingen met deze producten.

Uit de analyses blijkt dat de concentratie aan nicotine tussen de 0 en ongeveer 25 mg per capsule bedraagt. Een mededeling om het grote publiek te sensibiliseren over de potentiële gevaren van deze elektronische sigaret wordt momenteel voorbereid.

Als gevolg van een vraag van de Nederlandse regering heeft Europa deze problematiek naar zich toegetrokken om een inventaris van de situatie op te maken.

Het blijkt echter dat de lidstaten vaak niet gunstig staan tegenover het in de handel brengen van een product dat nicotine bevat en dat therapeutische indicaties vereist.

Mevrouw Van Daele, dat was het antwoord van de minister.

19.03 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, het is goed dat men een strikt standpunt heeft. Ik was wat verrast om te horen dat er nog geen enkele registratievraag voor beide categorieën gebeurd is. Ik ben blij dat u het er zelf aan toevoegt. Het is wel degelijk bijzonder gemakkelijk verkrijgbaar via internet. Het wordt op die manier ook door jongeren gebruikt.

Wij zitten daar dus met een discrepantie tussen hetgeen schijnbaar in orde is en in de praktijk vrij verkrijgbaar is. Jongeren hebben daarop bijzonder weinig zicht. Er is immers niet eens een publiek debat op dit moment rond het al dan niet gezond zijn van dit product. Ik kan dan ook alleen maar toejuichen dat er in die richting gedacht wordt. Ik ga ervan uit dat dit ook in samenwerking met de Gewesten zal zijn, die bevoegd zijn voor preventie. Dat is echter absoluut noodzakelijk, omdat het product inderdaad vrij verkrijgbaar is en ook gebruikt wordt. Goede informatie is een noodzakelijke stap.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la croissance démographique en Région bruxelloise et ses conséquences sur la santé" (n° 18916)

20 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de bevolkingsgroei in het Brussels Gewest en de gevolgen ervan voor de gezondheid" (nr. 18916)

20.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, depuis 1995, la Région bruxelloise voit sa population augmenter. Ces dernières années, de plus en plus de voix se sont levées pour rappeler cette réalité. Certaines études ont été réalisées, comme celle de quatre chercheurs

(ULB, VUB, UCL, KUL) qui ont publié une note dans *Brussels Studies* qui retrace cette évolution.

Leur constat: la population bruxelloise augmente, se rajeunit, se diversifie, mais a aussi tendance à s'appauvrir. Plusieurs articles de journaux en ce début d'année font état également de cette croissance démographique de Bruxelles.

D'après les statistiques émanant du registre national, la population bruxelloise aurait augmenté de 17 000 unités en moins d'un an, ce qui fait une population de plus de 1 100 000 Bruxellois! Cette croissance est deux fois plus rapide que dans les autres régions du pays. Le phénomène est le fruit d'un taux de natalité élevé et de l'immigration internationale.

Votre collègue, M. Charles Picqué, a fait dresser dernièrement un inventaire des besoins en crèches et en écoles que génère cette évolution démographique. Celle-ci a inévitablement aussi un impact sur les soins de santé. Selon les études, entre 25 à 40 % des personnes fréquentant les hôpitaux bruxellois sont des navetteurs, mais il reste important d'avoir de bonnes infrastructures capables d'accueillir tous les Bruxellois à Bruxelles.

Monsieur le secrétaire d'État, qu'a prévu Mme le ministre pour les 10 ans à venir dans le domaine des soins de santé pour répondre aux nouvelles demandes dues à cette évolution démographique?

Quelles augmentations sont-elles prévues au niveau de l'offre médicale en général?

Plus spécialement, vu le rajeunissement de cette population, qu'est-il prévu quant au nombre de pédiatres et de lits pédiatriques dans les hôpitaux? Actuellement déjà, l'offre est nettement insuffisante.

20.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, chère collègue, ces dernières années, la population s'accroît effectivement plus vite en Région bruxelloise que dans le reste du pays. La ministre confirme votre observation. Il faut toutefois rappeler que la densité médicale et hospitalière est particulièrement élevée en Région bruxelloise. Le cadastre des généralistes publié en avril 2009 montre clairement que la densité de la première ligne est à Bruxelles une des plus importantes du pays. On y trouve en effet un généraliste pour environ 800 habitants contre une moyenne nationale de un pour 1 100. En outre, le fonds Impulseo 1 qui attribue des subsides aux généralistes lors de leur installation favorise non seulement l'installation dans des zones à faible densité mais aussi dans les quartiers socialement défavorisés au sein desquels la natalité est plus élevée, comme vous le rappelez dans votre question.

L'évolution de la répartition des tâches dans le système des soins de santé amène par ailleurs ces généralistes à assumer de plus en plus une grande partie des soins pédiatriques, comme le montre l'évolution du personnel de l'ONE. En ce qui concerne les pédiatres, le groupe "Médecins" de la commission de planification a étudié récemment un rapport du nombre de pédiatres en Belgique montrant qu'il n'y a pas de pénurie, sauf dans certains milieux hospitaliers assurant une garde pédiatrique. Cette question est à l'étude. Je rappelle également que l'arrêté de planification que j'ai fait adopter en juin 2008 augmente progressivement le quota de médecins de 753 à 1 230 par an, accroissant *de facto* également le nombre annuel de jeunes pédiatres.

Enfin, pour ce qui est plus particulièrement de l'offre de soins pédiatriques en milieu hospitalier, une réflexion en profondeur a été entamée avec les pédiatres et avec les gestionnaires d'hôpitaux en vue d'une réforme de la pédiatrie hospitalière. Cette réflexion a commencé par la question de la garde pédiatrique au sein des hôpitaux disposant d'un programme de soins pour enfants. Dans ce contexte, une étude approfondie des potentialités offertes par la prise en charge d'un hôpital de jour s'est avérée nécessaire et vient de débuter. Jusqu'à présent, les normes et le financement de l'hospitalisation de jour ont principalement été organisées dans un schéma d'hospitalisation de jour pour adultes. La liste des actes médicaux retenus pour le financement de l'hôpital de jour en témoigne.

Pour stimuler également l'hospitalisation de jour pédiatrique là où elle est pertinente, il convient d'examiner en quoi les normes ou les règles de financement doivent être adaptées. Sachant que les progrès de la médecine entraînent toujours plus de potentialités d'hospitalisation de jour, cette démarche a toute son importance à l'horizon des dix prochaines années. Une attention particulière a été portée à la revalorisation des honoraires de permanence des pédiatres en exécution de l'accord médico-mutualiste 2009-2010. Madame Genot, voilà la réponse de Mme Onkelinx à vos questions.

20.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Je suis d'accord avec les constats de la ministre mais j'avoue être inquiète car rien dans sa réponse n'affirme qu'on a examiné l'évolution de la Région bruxelloise et vérifié que

l'offre était suffisante dans les divers types (places en hôpital et autres) pour répondre à cette augmentation.

Il y a beaucoup d'hôpitaux en Région bruxelloise mais ils accueillent énormément de patients des autres Régions.

Je ne comprends pas comment des hôpitaux, qui affichent complet à l'heure actuelle, pourront accueillir ces nouveaux patients sans plans de développement. Je voudrais vraiment qu'on entame cette réflexion le plus objectivement possible afin qu'on ne se retrouve pas, dans quelques années, dans des situations de pénurie. Quand on parle de pénurie, cela signifie que ce sont les personnes qui disposent des plus gros revenus qui peuvent échapper aux files d'attente!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 Question de M. Eric Thiébaud à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le contentieux qui oppose les CPAS à l'INAMI suite au refus d'accorder des indemnités de mutuelle aux personnes hébergées en hôpital psychiatrique" (n° 18956)

21 Vraag van de heer Eric Thiébaud aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het geschil tussen de OCMW's en het RIZIV over het niet-verlenen van uitkeringen door het ziekenfonds aan zieken die in psychiatrische ziekenhuizen verblijven" (nr. 18956)

21.01 **Eric Thiébaud** (PS): Monsieur le secrétaire d'État, je souhaite attirer l'attention de la ministre sur le contentieux judiciaire qui oppose les CPAS à l'INAMI, suite à la décision de celui-ci de refuser d'accorder des indemnités de mutuelle à des personnes souffrant de troubles mentaux et hébergées en hôpital psychiatrique.

Aujourd'hui, les CPAS prennent en charge ces personnes qui ont été bénéficiaires d'allocations de chômage qui leur ont été retirées car elles sont considérées par l'INAMI comme inaptes au travail suite à des problèmes psychiques.

Concrètement, ces personnes souffrantes sont mises sous "administration provisoire de biens" par le juge de paix et ce sont les CPAS qui leur accordent, à titre résiduaire, le droit au RIS à titre d'avance sur des indemnités de mutuelle et diverses prestations sociales à venir.

Censée être une intervention temporaire, les CPAS estiment que l'aide sociale qu'ils accordent pour ces personnes fragilisées est représentative des charges inconsidérées que le niveau fédéral fait peser sur eux. Le recours qu'ils ont donc introduit devant le tribunal du travail pour contester les décisions du médecin conseil des mutuelles en vue de faire reconnaître l'incapacité de travail de ces personnes souffrant de problèmes psychiques mérite donc toute notre réflexion.

Comprenez-vous le cri de colère des CPAS et leurs recours pour contester la décision des mutuelles de ne plus accorder d'allocations sociales aux personnes concernées?

Justifiez-vous la décision de l'INAMI de ne plus accorder d'indemnités de mutuelle? Partagez-vous l'argument selon lequel les personnes souffrant de troubles psychiques ne sont pas en incapacité de travail?

Quelles solutions prônez-vous pour mettre fin à ce contentieux? D'autres formes d'allocations que celles des mutuelles peuvent-elles être envisagées pour ces personnes?

21.02 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame la présidente, cher collègue, je vous donne connaissance de la réponse de Mme Onkelinx à vos questions.

Pour pouvoir être reconnu comme incapable de travailler au sens de l'article 100 § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'assuré doit répondre aux conditions cumulatives suivantes. Il doit avoir cessé toute activité. La cessation d'activités doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.

(Une sonnerie de gsm retentit)

(Het geluid van een gsm weerklinkt)

(...)

Les personnes hébergées dans un établissement hospitalier agréé sont censées atteindre le degré d'incapacité de travail requis, soit le troisième critère. Ceci est spécifiquement mentionné à l'article 100 § 1^{er} alinéa 5 de la loi coordonnée précitée.

Je suppose que, dès lors, les décisions de fin d'incapacité de travail querellées, prises à l'égard des personnes hébergées en hôpital psychiatrique et placées sous administration provisoire auxquelles vous faites référence ont été motivées par l'absence de lien causal entre la cessation d'activités et le début ou l'aggravation des lésions et troubles fonctionnels, soit le deuxième critère.

Cette condition n'est pas spécifique aux personnes hébergées en hôpital psychiatrique et placées sous administration provisoire. Elle doit être satisfaite par tous les titulaires afin de pouvoir être reconnu incapable de travailler et prétendre aux indemnités correspondantes.

Durant la première année d'incapacité de travail, incapacité primaire, c'est le médecin conseil de l'organisme assureur d'affiliation ou le médecin inspecteur du service d'évaluation et de contrôles médicaux de l'INAMI, à la demande du médecin conseil, qui prend la décision de reconnaître ou de mettre fin à l'incapacité de travail.

À partir de la deuxième année d'incapacité de travail, le conseil médical de l'invalidité de l'INAMI peut prolonger l'incapacité de travail ou, comme le médecin conseil de l'organisme assureur d'affiliation ou le médecin inspecteur du service d'évaluation et de contrôles médicaux de l'INAMI, décider de mettre fin à l'incapacité de travail.

Avant de se prononcer sur l'état d'incapacité de travail d'un titulaire, qui conteste la décision de fin d'incapacité de travail des organes compétents susvisés, les cours et tribunaux du travail doivent, en principe, vérifier d'office que toutes les conditions sont remplies, y compris l'existence d'un lien causal susvisé. C'est la problématique de l'état antérieur.

Les personnes auxquelles sont notifiées de telles décisions de fin d'incapacité de travail sont, le cas échéant, invitées à introduire une demande d'indemnisation auprès du SPF Sécurité sociale dans le cadre de la législation sur les personnes handicapées.

Pour conclure, je tiens à vous faire savoir que, dans le cadre de l'assurance indemnité, les troubles psychiques constituent une des causes de plus en plus fréquentes justifiant la reconnaissance de l'incapacité de travail.

21.03 Eric Thiébaud (PS): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour cette réponse plus que complète. Je vous avoue que je vais attendre d'avoir le compte rendu de la commission pour la relire et la comprendre à fond.

21.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Un texte est déjà à votre disposition, monsieur le député.

21.05 Eric Thiébaud (PS): Je vous en remercie car la réponse était assez technique et complexe.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente:** Nous n'avons pas de nouvelles de Mme Colinia. Je me vois donc dans l'obligation de supprimer ses questions n° 18992 et 18993.

22 Question de M. Christian Brotcorne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le traitement de l'ichtyose" (n° 19009)

22 Vraag van de heer Christian Brotcorne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de behandeling van ichtyosis" (nr. 19009)

22.01 Christian Brotcorne (cdH): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, j'ai rencontré une famille qui vivait un problème d'ichtyose, maladie que je ne connaissais pas auparavant.

L'ichtyose est une maladie dermatologique qui touche un nouveau-né sur 300 000. Elle se caractérise par une anomalie de la peau recouverte de squames. À ce jour, l'ichtyose n'est pas curable. Il existe néanmoins des traitements permettant d'en réduire les effets et de soulager le patient. Ceux-ci passent par l'application pluriquotidienne de crèmes et d'onguents. Cette maladie nécessite également d'investir dans un humidificateur d'air et dans l'installation d'un adoucisseur d'eau. Des cures thermales régulières viennent compléter la thérapie.

Le programme de Mme Onkelinx pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques a été lancé en 2009. Ce programme prévoit de reconnaître les maladies rares, c'est-à-dire affectant moins d'une personne sur 2 000, comme des affections chroniques. Une identification des prestations liées à ces affections a été établie par le comité consultatif Maladies chroniques de l'INAMI. À partir de leur rapport, une catégorie de remboursement a été créée afin de réduire, voire de supprimer le ticket modérateur des patients.

Par contre, il semble que les soins liés au traitement de l'ichtyose ne sont, à ce jour, pas remboursables.

L'ichtyose est-elle prise en considération dans ce programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques?

Si non, quelles démarches peuvent-elles conduire au remboursement des frais liés à l'achat des pommades, au suivi des cures et à l'acquisition de matériel?

Les personnes directement concernées attendent avec intérêt votre réponse.

22.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, cher collègue, le programme "Priorité aux malades chroniques" concerne tous les malades chroniques, y compris ceux atteints d'une maladie rare. Le statut de malade chronique, en élaboration, vise également ces personnes souffrant de maladies rares. La reconnaissance de ce statut a notamment pour objectif d'aider les personnes atteintes d'une maladie chronique de mieux faire face à leurs importantes dépenses de santé ou encore de simplifier les démarches administratives.

La proposition remise par le groupe de travail *ad hoc* prévoit que le statut sera accordé aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé sur base de leurs dépenses en soins de santé couvertes intégralement ou partiellement par l'INAMI et sur base d'un certificat médical rédigé par un médecin spécialiste travaillant dans un centre de référence, attestant que la personne souffre d'une maladie rare ou orpheline, dont la prévalence est inférieure à 1 sur 2 000, reprise sur le site orpha.net.

En ce qui concerne les maladies rares, la Fondation Roi Baudouin a été mandatée pour réunir un groupe d'experts sous la dénomination "Fonds des maladies rares et médicaments orphelins" ayant pour mission de rédiger un plan national pour les maladies rares comportant des mesures spécifiques pour la prise en charge des personnes souffrant de telles maladies.

À votre deuxième question, Mme Onkelinx répond qu'actuellement, les frais liés au traitement des patients souffrant d'ichtyose et non couverts directement par l'assurance soins de santé, par exemple les crèmes hydratantes ou les huiles de bain, peuvent être pris en charge par le Fonds spécial de solidarité. Une demande de prise en charge doit être introduite auprès du médecin conseil de l'organisme assureur du patient. Les demandes, transmises au Fonds spécial de solidarité par les organismes assureurs, seront soumises à l'approbation du collège de médecins directeurs qui se réunit à l'INAMI et qui décide quant aux demandes individuelles adressées par ces organismes assureurs. Ce collège est composé de médecins directeurs des organismes assureurs et de médecins fonctionnaires de l'INAMI.

Le problème des frais liés aux produits dermatologiques a déjà retenu mon attention. Un groupe de travail composé de représentants du Comité consultatif des malades chroniques et du Conseil technique pharmaceutique a été chargé d'examiner les problèmes de remboursement liés aux prescriptions dermatologiques et aux produits nécessaires au traitement des affections dermatologiques chroniques et d'élaborer une proposition de prise en charge ciblée et budgétée dans le courant de l'année 2010.

22.03 Christian Brotcorne (cdH): Je vous remercie et remercie Mme la ministre pour les réponses

apportées qui permettront de faire évoluer la situation personnelle des gens auxquels je fais référence.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 19034 van mevrouw Van der Straeten wordt uitgesteld.

Ik verzoek mevrouw della Faille om mij even te vervangen.

Voorzitter: Katia della Faille de Leverghem.

Présidente: Katia della Faille de Leverghem.

23 Vraag van mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het elektronisch toezicht van rusthuisbewoners" (nr. 19040)

23 Question de Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la surveillance électronique de pensionnaires de maisons de repos" (n° 19040)

23.01 **Magda Raemaekers** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, in Opwijk overweegt een rusthuis om hoogdementerende bewoners een polsband met chip om te doen die het personeel waarschuwt wanneer de oudjes het rusthuis verlaten. In Nederland zijn van die beveiligingssystemen in 2009 al 16 000 exemplaren verkocht.

Situaties waarin hoogdementerende bejaarden zonder toezicht het rusthuis verlaten, lopen vaak slecht af. Door hun ziekte vinden die mensen moeilijk de weg naar het rusthuis terug en dolen ze vaak urenlang door de straten, met alle gevolgen van dien. Het leidt tot groot verdriet en schuldgevoelens bij de naaste familie.

Een enkel- of polsband zou een oplossing kunnen bieden. Door een contact met bijvoorbeeld de mat aan de uitgang van het rusthuis zou de deur geblokkeerd kunnen worden, waardoor de bejaarden de gebouwen niet onbewaakt of zonder toezicht kunnen verlaten.

Ik kan begrijpen dat die technieken zeer nuttig kunnen zijn, maar toch wil ik benadrukken dat dit een delicate oplossing is, waarover goed overleg zeer zeker nodig zal zijn. Ook bij anderen zullen die technieken bezwaren oproepen. Commissaris Remue van de Cel Vermiste Personen ziet er echter heil in en denkt dat een algemene invoering van waarschuwingssystemen mensenlevens kan redden. Anderzijds moet men dan zeker over de privacy en de vrijheid van de mens waken.

Mijnheer de staatssecretaris, ik heb de volgende vragen.

Hoe staat u tegenover de invoering van het elektronisch toezicht voor hoogdementerende rusthuisbewoners? Denkt u dat deze maatregel veralgemeend kan worden naar alle verzorgingsinstellingen, zodat het aantal verdwijningen uit die instellingen kan afnemen? Hoe rijmt u dat elektronisch toezicht, als het er zou komen, met de wet op de privacy?

23.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, de kwestie van het gebruik van controlemaatregelen in de rusthuizen zoals het elektronisch toezicht is extreem delicaat. Men moet dit bekijken in het licht van het belang en het welzijn van de personen evenals ten aanzien van de fundamentele principes zoals vrijheid om te gaan en te komen waar en wanneer men wil en het recht op respect voor het privéleven.

Op initiatief van de FOD Binnenlandse Zaken werd een werkgroep Beveiliging van Zorginstellingen opgericht. Deze werkgroep, bestaande uit verschillende partners zoals de FOD Binnenlandse Zaken, de FOD Volksgezondheid, bevoegde regionale overheden en deskundigen inzake beveiliging, tracht de noden en verwachtingen rond de veiligheid van de zorginstellingen op te lijsten en in brede zin preventieve maatregelen inzake toegangs- en uitgangsccontrole te inventariseren en uit te werken. Aangezien de werkgroep pas geïnstalleerd is moet een planning van de werkzaamheden nog vastgesteld worden tijdens een volgende vergadering. Men moet op een globale manier nadenken over een controlebeleid in de zorginstellingen. Er moeten allereerst organisatorische maatregelen worden genomen, worden gezorgd voor een goede sensibilisatie van het personeel en van bezoekers, voor openings- en sluitingsprocedure naar de

toegangen, enzovoort.

Eventueel kunnen er bouwkundige en mechanische maatregelen worden genomen. Er kunnen met andere woorden deuren worden voorzien met een code- of badgesysteem, het kantoor kan uitkijken op de uitgang, enzovoort.

Mijn denkoefening over het gebruikmaken van de elektronische armband is niet afgelopen. Het betreft een maatregel die zeer restrictief is voor de bewegingsvrijheid en het privéleven. Men kan die dus alleen gebruiken mits het respecteren van zeer strikte voorwaarden zoals het bestaan van een strikte noodzaak, de vereiste van een principe van proportionaliteit, het bestaan van een wettelijke basis, enzovoort.

Ik denk in dit stadium dus a priori niet dat een dergelijke maatregel kan veralgemeend worden. De maatregel moet beantwoorden aan precieze behoeften en doelstellingen.

Tot hier het antwoord van mevrouw Onkelinx.

23.03 Magda Raemaekers (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik wil mevrouw Onkelinx voor haar behartiging bedanken. De kwestie deed bij mij immers heel wat vragen rijzen. Het is een heel delicaat probleem. Indien in het belang van iedereen tot elektronisch toezicht zou worden overgegaan, primeert immers de vrijheid van de mens op andere zaken. Ik was dus heel verontrust, toen ik het artikel las, dat tot een dergelijke maatregel zou worden overgegaan.

Ik ken mevrouw de minister al een beetje. Zij zal heel erg op de zaak toezien en de zaak behartigen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

24 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Magda Raemaekers** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de te hoge gezondheidsfactuur voor 1 op 3 Belgen" (nr. 19041)

- mevrouw **Lieve Van Daele** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de gezondheidszorg die voor een derde van de Belgen te duur is" (nr. 19152)

24 Questions jointes de

- Mme **Magda Raemaekers** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "une facture de soins de santé trop élevée pour 1 Belge sur 3" (n° 19041)

- Mme **Lieve Van Daele** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les soins de santé qui sont trop chers pour un tiers des Belges" (n° 19152)

24.01 Magda Raemaekers (sp.a): Mijnheer de minister, uit een enquête van Test-Aankoop blijkt dat ongeveer 1,4 miljoen gezinnen het moeilijk hebben om de elementaire gezondheidszorg te bekostigen. Dat is maar liefst 30 % van onze gezinnen, die nu en dan worden geconfronteerd met een gezondheidsfactuur die ze niet of moeilijk kunnen betalen. Maar liefst 8 % van de Belgen stelde in 2009 een lopende behandeling uit vanwege de te hoge kosten en 9 % liet zich zelfs helemaal niet behandelen uit angst voor de komende factuur.

Uit het onderzoek blijkt dat vooral tand- en oogverzorging en medische raadplegingen de eerste medische zorg is die wordt uitgesteld wanneer men krap bij kas zit. Ook revalidatie en psychologische bijstand vallen geregeld uit de boot. Voornamelijk mensen met een gezinsinkomen van minder dan 1 500 euro netto, vooral eenoudergezinnen en gezinnen waarvan iemand lijdt aan een chronische ziekte, lijken het vaak moeilijk te hebben om de nodige verzorging te betalen. Een gemiddelde Belg betaalt per jaar uit eigen zak 1 052 euro voor medische verzorging en aanverwanten.

Mijnheer de minister, ons land heeft een gezondheidszorg waarop we trots mogen zijn. Dat is ook zeker voor een deel de verdienste van mevrouw Onkelinx. Toch blijkt de toegang tot de gezondheidszorg nog niet voor iedereen hetzelfde te zijn. Dat kan toch niet in deze tijd. Onze gezondheidszorg is het hoogste goed dat we bezitten en een goede gezondheid is ook het meest voordelig voor een goed bestuur en een goed beleid.

Vandaar ook mijn vragen.

Bent u zich bewust van het feit dat 1 op 3 Belgen de levensnoodzakelijke gezondheidszorg niet kan betalen? Waaraan wijt u dat probleem? Bent u bereid bijkomende maatregelen te nemen, zodat de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen gelijk is en de kostprijs voor elk van ons betaalbaar is?

24.02 Lieve Van Daele (CD&V): We moeten nog nauwelijks de vraag stellen of de minister zich daarvan bewust is. De betaalbaarheid van de gezondheidszorg is de rode draad door onze commissie. Waarom stel ik dan toch deze vraag? Het onderzoek van Test-Aankoop is het ideale moment om de urgentie van de situatie nog eens op tafel te leggen.

De voorbije jaren zijn er heel wat belangrijke stappen gezet, zoals de maximumfactuur. Wij hebben al meermaals van gedachten gewisseld over het Omniostatuuut. Ik weet dat u als staatssecretaris, destijds bevoegd voor Armoedebelaid, hebt gezegd dat de automatische toekenning ervan een bijzondere stap vooruit zou zijn.

Uit onderzoek van Welzijnszorg blijkt dat slechts een op de acht mensen die recht hebben op dat Omniostatuuut, er effectief toe komt om het aan te vragen.

Wat is de stand van zaken in het dossier van de automatische toekenning?

Wat zijn de budgettaire consequenties van die toepassing?

Wat is de timing?

24.03 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Ik bedank de twee collega's voor hun vragen. Ik zal eerst het antwoord van mevrouw Onkelinx voorlezen.

De minister is er zich uiteraard van bewust dat een te groot deel van de bevolking minstens op een bepaald moment problemen heeft om de kosten in verband met de gezondheidszorg te betalen. De cijfers die Test-Aankoop publiceert zijn vergelijkbaar met de cijfers die al jaren naar voren geschoven worden door andere actoren, zoals het ziekenfonds en de syndicaten.

Het was onder andere wegens dergelijke vaststellingen dat mijn voorgangers steunmaatregelen ontwikkelden om de financiële toegankelijkheid te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn de maximumfactuur, de hervorming van de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming of BIM of het Omniostatuuut.

De minister heeft zelf via het kankerplan en het plan 'Voorrang aan de chronisch zieken' maatregelen genomen voor de patiënten die het zwaarst getroffen worden door de onzekerheden van het leven. Elk jaar bevat het budget voor de gezondheidszorg nieuwe initiatieven ten voordele van de patiënten. Zo voorziet bijvoorbeeld het budget van 2010 in nieuwe verminderingen van het remgeld voor de prestaties in de kinesitherapie, in het afschaffen van het kamersupplement in tweepersoonkamers en in nieuwe prijsdalingen voor de geneesmiddelen.

De minister hoopt ook snel de reglementering van de BIM- en Omniostatuten administratief te vereenvoudigen, zodat het beheer ervan gemakkelijker wordt en een maximaal aantal gezinnen met een laag inkomen toegang zouden hebben tot de verhoogde tegemoetkoming.

Voorzitter: Thérèse Snoy et d'Oppuers.

Présidente: Thérèse Snoy et d'Oppuers.

De minister beseft dat de opgesomde maatregelen het mogelijk maken om het remgeld te beperken, maar ook dat de gezinnen vaak geconfronteerd worden met de verplichting om de terugbetaalde bedragen voor te schieten voor de meeste ambulante prestaties. Momenteel hoeven patiënten dankzij het derdebetalerssysteem het geld niet meer voor te schieten bij een ziekenhuis op naam. Dankzij het systeem van de sociale derdebetaler, bedoeld voor de consultaties bij huisartsen en diens huisbezoeken, kunnen onder meer de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, de rechthebbenden die zich in een moeilijke financiële situatie bevinden of de rechthebbenden die een verhoogde kinderbijslag ontvangen, op doktersbezoek gaan of een huisbezoek krijgen zonder dat ze over geld hoeven te beschikken.

De minister volgt de aan de gang zijnde debatten over de uitbreiding of zelfs het automatisch toekennen van de regeling van de sociale derde betaler met zeer veel aandacht. Die debatten toonden alvast aan dat het systeem niet bekend is, dat het stigmatiserend werkt en dat er veel administratieve rompslomp bij komt kijken. Indien er een consensus over de modaliteit van de uitbreiding ervan tot stand komt, zal de minister niet aarzelen om de aangewezen maatregelen te nemen of goed te keuren.

Tot hier collega's, het antwoord van de minister.

24.04 Magda Raemaekers (sp.a): Dank u wel, voor het wel uitgebreid antwoord. Collega Temmerman heeft inderdaad in de Senaat een wetsvoorstel over het derdebetalerssysteem ingediend, dat daar goed is onthaald.

Ik had eigenlijk nog een andere vraag ingediend, maar die wordt nu niet behandeld. Ze is parallel met mijn eerste vraag. Wij kunnen niet anders dan ervoor te pleiten dat iedereen dezelfde gezondheidszorg geniet en dat patiënten die het verschuldigde bedrag niet kunnen voorschieten, dat ook niet hoeven te doen. Dergelijke situaties zijn schrijnend. Ik ben lange tijd OCMW-voorzitter geweest en de mensen zullen heel schoorvoetend bekennen dat ze niet moeten betalen. Zeg maar eens aan de dokter om de rekening naar het OCMW te sturen. Dat doet men niet graag.

Ik dring erop aan dat de minister, die toch zo een goed hart heeft, het dossier van nabij volgt en een oplossing voor het probleem biedt.

24.05 Lieve Van Daele (CD&V): Ik dank de staatssecretaris voor het antwoord.

Mijn repliek is gedeeltelijk bedoeld voor de voorzitter. Wij kennen allemaal de problematiek. Het is vooral belangrijk om het debat in commissie te voeren, om zo zicht te krijgen op de budgettaire consequenties van een automatische toekenning van het Omniostatuuut. Daar hangt uiteindelijk de haalbaarheid vanaf. Mijn pleidooi luidt om de automatische toekenning van dat statuut eens prominent op de agenda te zetten.

De **voorzitter**: U moet misschien een vraag indienen om dat de vragen. Kan het gebonden zijn aan een wetsvoorstel of aan een interpellatie? Ik weet het niet. We moeten er wel tijd voor uittrekken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

25 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de stand van zaken van het Belgisch Centrum voor alternatieven voor dierproeven" (nr. 18630)

25 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la situation du Centre belge des méthodes alternatives à l'expérimentation animale" (n° 18630)

25.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, zoals u weet, heeft de Kamer in mei 2009 het wetsontwerp over een Belgisch Centrum voor alternatieven voor dierproeven goedgekeurd.

Het centrum heeft tot doel het onderzoek, de ontwikkeling en de validatie van alternatieven voor dierenproeven te stimuleren, onder meer via betrouwbaarheids- en nuttigheidstests.

Zoals uit de naam van het centrum blijkt, is het onder meer belast met het stimuleren van het onderzoek naar alternatieven voor dierproeven en met de coördinatie van het onderzoek naar de bedoelde alternatieven.

Het ontwerp bepaalt ook dat het centrum zowel op nationaal als op Europees vlak de gegevensuitwisseling ter zake dient te bevorderen.

Tot slot bepaalt het ontwerp ook dat binnen het centrum een wetenschappelijk comité, dat uit deskundigen inzake alternatieven voor dierproeven bestaat, zal worden opgericht.

Graag kreeg ik dan ook een antwoord van de minister op de volgende vragen.

Hoe ver staat het met de uitvoering van voornoemde wet?

Is er al een zicht op de samenstelling van het Centrum?

Over welke middelen zal het Centrum beschikken?

Zal binnen het Centrum een centrale gegevensbank worden opgericht waarin alle uitgevoerde dierproeven zullen worden opgenomen?

Is het wetenschappelijk comité al opgericht?

25.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega della Faille, de wet waarnaar u verwijst, creëert inderdaad een belangrijk platform voor de uitbouw van een meer uitgebreid beleid rond alternatieven voor dierproeven. Daarom heb ik mijn administratie opgedragen via een aanbesteding een studie te laten uitvoeren, teneinde de beste structuur en werking van een dergelijk centrum te bekomen.

Concreet moet de studie het volgende inhouden: ten eerste, een inventarisatie van alle, bestaande initiatieven en structuren betreffende alternatieve methodes in ons land; ten tweede, een studie van bestaande, nationale centra in het buitenland, met aandacht voor hun structuur, activiteit en financiering, met name een soort benchmarking van wat in het buitenland bestaat; ten derde, een voorstel van juridische vorm, infrastructuur en organigram van het centrum en van de wetenschappelijke begeleiding evenals een raming van de daaraan verbonden kosten en, ten vierde, desgevallend een voorstel van instituten die bij de oprichting en de werking van het centrum dienen te worden betrokken.

Deze aanbesteding zal eerstdaags verschijnen. De opdracht zal worden toegekend. De maximale duurtijd van de studie is voorzien op twee maanden. Eenmaal de resultaten van de studie beschikbaar zijn, engageer ik mij om zo vlug mogelijk de nodige en gepaste uitvoeringsbesluiten van de wet van 9 juni 2009, tot oprichting van een Belgisch Centrum voor alternatieven voor dierproeven, te laten ontwerpen.

Tot zolang, en in afwachting van de resultaten van bovenvermelde studie over de behoeften van het centrum, kan ik u echter nog geen concreet antwoord geven op de vraag naar de middelen waarover het centrum zal kunnen beschikken, noch op de vraag naar de samenstelling van het centrum als wetenschappelijk comité.

Het bijhouden van een centrale gegevensbank lijkt mij anderzijds een belangrijk element om te kunnen fungeren als contactpunt of voor de efficiënte verspreiding van de informatie.

25.03 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik ben blij dat er een studie komt. Tegelijk ben ik ook verrast. Ik had eerder gedacht dat de studie er zou komen vooraleer wij over het ontwerp in dit Parlement zeven maanden geleden zouden stemmen. Het is de wereld op zijn kop maar het resultaat is hetzelfde. Het Dierencentrum zal er komen na een studie. Ik ben dus blij met uw antwoord. Ik ben ook verheugd te vernemen dat de minister positief staat ten opzichte van een centrale gegevensbank.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

26 **Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "orgaandonatie door levende donoren" (nr. 19071)**

26 **Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les dons d'organes par des personnes en vie" (n° 19071)**

De **voorzitter**: Mevrouw della Faille, u hebt het woord voor de laatste vraag op de agenda, agendapunt 40.

26.01 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: (...)

26.02 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik ben versteld dat u nog blij bent met de vragen. Het is uw 40ste vraag vandaag. Dank u wel.

26.03 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Ik zal de uitdrukking onthouden van deze commissie: het is de

wereld op zijn kop.

26.04 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik kom tot mijn vraag.

In augustus 2009 konden we in de pers berichten lezen dat de overheid overweegt om orgaandonatie door levenden te stimuleren. Die overweging is vooral ingegeven door de lange wachtlijsten voor de donororganen.

Op vandaag kan het afstaan van organen alleen tussen leden van dezelfde familie. Volksgezondheid wil dat nu dus uitbreiden naar niet-familieleden.

De directeur-generaal van Volksgezondheid, de heer Christiaan Decoster, verklaarde in de pers het volgende: "In het buitenland, zoals in de Scandinavische landen, werkt men bijvoorbeeld op het vlak van nieren steeds vaker met levende donoren. Ook wij willen dit doen. Op dit ogenblik laten we een studie uitvoeren naar de werkelijke kostprijs van het afstaan van een orgaan. Dit om ervoor te zorgen dat zij die hiermee instemmen, een correcte prijs krijgen voor het afstaan van een orgaan, en om te vermijden dat een winstgevende handel ontstaat." De mensen zullen dus vergoed worden voor het afstaan van een orgaan, voor de ziekenhuiskosten, en zo voort.

Mijnheer de staatssecretaris, daarover heb ik de volgende vragen.

Is de studie over de levende orgaandonoren beschikbaar?

Zo ja, welke zijn de resultaten ervan? Zo niet, wanneer mogen we die verwachten?

26.05 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, mevrouw della Faille, ik zal het laatste antwoord van deze commissievergadering voorlezen.

Ik wens te antwoorden dat vanuit de betrachting om levende donatie te stimuleren het belangrijk is om de kostprijs van levende donatie te kennen, vooral ook om beleidsmaatregelen te ontwikkelen, zodat de kostprijs van levende donatie voor patiënten-donoren wordt beperkt of zelfs geneutraliseerd opdat minstens de financiële hinderpalen tegen levende donatie worden weggewerkt.

Het studieproject dat opgestart is in december 2009, zal zich richten op de directe kosten, bijvoorbeeld remgelden, en de gedeelde opbrengsten voor de levende donoren, bijvoorbeeld percentage inkomensverlies wegens afwezigheid op het werk.

De mogelijke indirecte voordelen, wegens kortere koude ischemietijd, betere plantbaarheid bij de transplantatie, korte wachttijd voor andere patiënten op de wachtlijst, kortere wachttijd met minder zorgkosten voor de receptor enzovoort, voor levende donatie worden niet gekwantificeerd.

Op 31 mei 2010 verwacht ik het verslag van de ontwikkelde activiteiten en van de gegevens die erop betrekking hebben, van de analyse ervan en van de aanbevelingen die eruit kunnen worden afgeleid.

26.06 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik wacht dan 31 mei of beter begin juni 2010 af om verder gevolg te geven aan dit dossier.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.33 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17.33 heures.