

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 23 FEBRUARI 2010

Namiddag

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

du

MARDI 23 FEVRIER 2010

Après-midi

La séance est ouverte à 14.20 heures et présidée par M. Jacques Otlet.

De vergadering wordt geopend om 14.20 uur en voorgezeten door de heer Jacques Otlet.

De **voorzitter**: Vragen nrs. 18195, 18375 en 18420 van mevrouw Avontroodt en vraag nr. 18584 van de heer Baeselen worden omgezet in schriftelijke vragen.

01 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Maggie De Block** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de financiering van de ziekenhuizen" (nr. 18789)

- mevrouw **Lieve Van Daele** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de vereenvoudiging van ziekenhuisfacturen" (nr. 19155)

- mevrouw **Magda Raemaekers** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het doorzichtiger maken van de ziekenhuisfacturen" (nr. 19177)

01 **Questions jointes de**

- Mme **Maggie De Block** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le financement des hôpitaux" (n° 18789)

- 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 simplification des factures d'hôpital" (n° 19155)

- 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 transparence accrue des factures d'hôpital" (n° 19177)

01.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, in een studie van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg wordt gepleit voor een andere, meer transparante, financiering van de ziekenhuizen. Er wordt meer bepaald gepleit voor een meer forfaitaire vorm van financiering, waarbij de ziekenhuizen een bedrag ontvangen op basis van het aantal en de aard van de behandelde aandoeningen. Op die manier responsabiliseert men de ziekenhuizen en zou men efficiënter kunnen werken. De belangrijkste doelen van het systeem zouden kostenbeheersing en een hogere efficiëntie moeten zijn.

In de loop van de voorbije jaren werd in België geleidelijk een aantal stappen gedaan om tot zo'n financiering te komen, maar volgens het kenniscentrum blijft de aanpak te fragmentarisch en te versnipperd. Volgens het kenniscentrum is de huidige manier van financiering ook te complex.

Voorts pleit het kenniscentrum voor een verregaand overleg tussen de verschillende actoren, vooraleer men zou overgaan tot de invoering van het forfaitaire systeem. Ik meen dat dat overleg noodzakelijk is. Onder meer de relatie tussen arts en ziekenhuis zou grondig worden gewijzigd. Nu ontvangen de artsen hun honoraria en zij staan daarvan een deel aan het ziekenhuis af. Het nieuwe systeem zou echter inhouden dat de ziekenhuizen een forfaitair bedrag ontvangen om daarmee de artsen te betalen. Dat is dus een hele ommekeer. Door de invoering van het systeem zouden ziekenhuizen met dezelfde soort patiënten ook

kunnen beschikken over een zelfde budget, wat de grote onderlinge verschillen tussen ziekenhuizen zou aanpakken.

Ten slotte wijst de studie van het kenniscentrum ook op de noodzaak van gedetailleerde kostengegevens. Wij hebben vroeger al discussies over de ziekenhuisfactuur gehad. Het pleit voor een verplichte nationale registratie van de kosten. De huidige gegevens geven de Belgische overheid alleen zicht op de globale kosten per ziekenhuisdienst, maar niet op de kosten per patiënt.

Mevrouw de minister, ik neem aan dat u kennis hebt genomen van de studie. Zo ja, zult u stappen ondernemen om een forfaitaire financiering te onderzoeken of in te voeren?

Is er reeds overleg gepland met de verschillende actoren?

Overweegt u de invoering van een nationale registratie van de kostengegevens?

01.02 **Magda Raemaekers** (sp.a): Mevrouw de vicepremier, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en het Universitair Ziekenhuis van Leuven deden inderdaad onderzoek naar de mogelijkheden van een all-instelsel voor ziekenhuisfacturen.

Wie vandaag ontslagen wordt uit het ziekenhuis, krijgt enkele weken later een heuse verrassing in de brievenbus. De factuur van een ziekenhuis loopt vaak niet alleen torenhoog op, maar is ook nog eens zo ondoorzichtig dat een kat haar jongen er niet in terugvindt.

Het kan nochtans allemaal veel eenvoudiger. Door vaste prijsafspraken per ingreep tussen artsen, ziekenhuizen en ziekteverzekering ontstaat meer duidelijkheid voor de patiënten. Niemand komt nog voor verrassingen te staan en behoudens complicaties weet elke patiënt vooraf heel goed waaraan hij of zij zich kan verwachten.

Uit het onderzoek bleek dat dit all-insysteem ook in ons land implementeerbaar is. Het maakt het immers niet alleen makkelijker voor de patiënten, ook de administratie in de ziekenhuizen kan vereenvoudigd worden en door de grotere transparantie zijn artsen ook minder geneigd om bijkomende onderzoeken die vaak niet noodzakelijk zijn en alleen dienen om de portefeuille van de artsen te vullen en de rekening van de patiënt de hoogte in te sturen, te verrichten.

Mevrouw de minister, bent u voorstander van een all-informule voor ziekenhuisopname, die de transparantie van de facturen verhoogt en de onduidelijkheid bij de patiënten wegwerkt?

Indien ja, hebt u hierover overleg gepleegd met de verschillende partners zoals de ziekenhuizen en de artsen?

Indien neen, waarom neemt u de resultaten van het onderzoek van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg niet ter harte?

Ik dank u voor uw antwoord.

01.03 Minister **Laurette Onkelinx**: De studie werd door de raad van bestuur van het KCE op 19 januari 2010 goedgekeurd en is pas sinds enkele dagen ter beschikking van het publiek.

Verschillende medewerkers en diensten van mijn departementen hebben er kennis van genomen, maar het is nog te vroeg om er formele conclusies uit te trekken. Ik kan echter nu al zeggen dat ik het grotendeels eens ben met de opinie van de auteurs dat het om een grootscheepse hervorming gaat, die niet alleen veel tijd zal vergen, maar ook grote veranderingen op gebied van onder meer mentaliteit en cultuur met zich zal meebrengen.

Wat de etappes naar meer forfaitarisering bij de ziekenhuisfinanciering betreft, benadrukt men dat het huidige systeem weliswaar is gefragmenteerd, maar toch al grotendeels op een forfaitaire logica is gebaseerd. Het budget baseert zich voor de financiering van onderdeel B2, dat toch bijna de helft van de financiering uitmaakt, op onder meer activiteitsparameters, klinische en verpleegkundige gegevens en nomenclatuur. Dat alles kan worden verfijnd.

Er loopt momenteel een studie over het mogelijke gebruik van DIRHM, de verpleegkundige gegevens in het kader van de financiering van de verpleegkundige activiteit. In het domein van de klinische biologie of van de geneesmiddelen zijn er evenveel systemen van forfaits en/of forfaits per types van pathologieën van toepassing.

De honoraria worden bepaald volgens het systeem van de referentiebedragen. Dat systeem is eveneens op pathologieën gebaseerd. Ook dat stelsel dient verder verfijnd en verbeterd te worden, waarbij rekening wordt gehouden met de ervaringen die men ter zake opdoet.

In verband met de invoering van een nationale registratie van de kosten, vestig ik uw aandacht op het feit dat er ter zake al registraties bestaan, onder meer via Finhosta. Dit instrument kan in de loop der jaren uiteraard worden aangepast, maar ik herinner eraan dat de keuze die werd gemaakt bij de instelling van het nieuwe financieringssysteem van de ziekenhuizen op 1 juli 2002, geen keuze was om de reële kosten te dekken, maar een keuze om tussen te komen in bepaalde kosten van de ziekenhuizen. Een financiering gebaseerd en gericht op de reële kosten, die worden gefinancierd door de Staat, zou trouwens op de korrel kunnen worden genomen op basis van de Europese wetgeving ter zake.

Omdat ik wens dat onze sociale dekking en optimale financiering van de ziekenhuizen behouden blijven, wil ik mij niet wagen aan hypothetische wijzigingen, die uiteindelijk alleen zouden leiden tot een precarisering van de tussenkomst van de Staat in de financiering. Laten we niet vergeten dat de invoering van het huidige financieringssysteem van minder dan 10 jaar geleden dateert en dat het om een zeer belangrijke hervorming ging waarvan de duurzame effecten thans nauwelijks toe zijn aan een ernstige analyse. Het lijkt mij in dit stadium a priori beter om de bestaande systemen te verfijnen vooraleer de sector in nieuwe grote veranderingen te storten.

Ik zou willen concluderen dat de studie een zeer interessante visie geeft, maar dat ze het voorwerp moet uitmaken van een grondig onderzoek, zowel door mijn diensten als door de actoren van het systeem, om te zien in welke mate er verfijningen aan de huidige systemen kunnen worden aangebracht. Ik blijf uiteraard zeer aandachtig voor de adviezen, analyses en vragen die aan mij zullen worden gericht over het systeem dat is beschreven in de studie van het KCE.

Nadat ik de analyse van mijn diensten zal gekregen hebben, zullen wij er nog over kunnen praten.

01.04 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik besef wel dat wij kort op de bal spelen. Het is ook wel een hele analyse die gemaakt is. Ik begrijp wel dat u zegt dat verder onderzoek moet gebeuren.

Ik was hier in de commissie aanwezig toen de nieuwe financiering goedgekeurd werd. Ik was overigens verslaggever. Dat gebeurde onder toenmalig minister Vandenbroucke.

01.05 Minister Laurette Onkelinx: Ja.

01.06 Maggie De Block (Open Vld): Toen is er ook gezegd dat het zijn tijd nodig zou hebben om dat te implementeren. Dat is ook zo gelopen. De invoering gebeurde met een aantal overgangsmaatregelen gedurende enkele jaren.

Er zullen nog verfijningen moeten worden aangebracht. Ik geef een voorbeeld. Een van de zaken waarop we steeds stuitten, was het probleem van de honoraria van de artsen. Toen is gezegd dat er nog aanpassingen zullen moeten gebeuren.

Frank Vandenbroucke is hier maar vier jaar minister geweest. Hij had zeker ook de bedoeling om, in de vier jaar die hij had gedacht hier nog te kunnen blijven, in een tweede legislatuur, daaraan voort te werken. Wij hebben enkele knopen moeten doorhakken om dat goedgekeurd te krijgen. In 2003 vonden er immers terug verkiezingen plaats. Goed, de geschiedenis is wat hij is. Er zijn dus weinig of geen verfijningen meer aangebracht, ook omdat ondertussen het nieuw financieringssysteem geïmplementeerd moest worden.

Mevrouw de minister, graag zou ik hebben dat u aan de commissie signaleert op welk moment we voort kunnen praten over mogelijkheden om het systeem te verfijnen. Ik vond het een beetje kort door de bocht om, zoals mijn collega deed, te stellen dat de artsen dit willen. Ik denk dat we in het algemeen belang moeten denken en kijken naar de veiligheid, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgen. Vooral voor

de patiënten moeten we zorgen, maar ook voor alle mensen die er werken. Het is evident dat de mensen gemotiveerd moeten zijn om in de gezondheidszorg aan de slag te gaan. Daar is een zekere malaise in, ook in de ziekenhuizen. Ik denk dat we daarvoor zeker alert moeten zijn.

01.07 Magda Raemaekers (sp.a): Ik denk dat we hoogdringend naar verfijningen moeten gaan, omdat alle ziekenhuizen daarmee te kampen hebben, zoals ze zelf aangeven. Ook in de OCMW's stelt men vast dat mensen niet meer aan hun rekeningen aan uit kunnen, zoals een nest waarin een kat haar jongen niet meer vindt. Men vraagt zich af waar die rekeningen vandaan komen, dus we zijn hoogdringend aan verfijningen toe.

Er mag dan wel een wet zijn die in 2003 of 2004 van toepassing geweest is, maar ik denk dat het hoognodig is dat er een transparantie van de facturen komt, zoals in deze wet gesteld is, en zoals ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg geconcludeerd heeft. Ik hoop dat we daarover eens gaan praten, en dat u, mevrouw de vice-premier, toch eens uw conclusies trekt uit dat rapport.

01.08 Lieve Van Daele (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik hoor dat de vragen gesteld zijn, en de antwoorden gegeven. Ik denk dat er in het verleden al belangrijke stappen gezet zijn, waarbij ik denk aan de wet op de patiëntenrechten, en ik denk ook aan alles wat met "Inform Consent" te maken heeft.

Er zijn dus echt stappen gezet, maar wie in de realiteit naaste familieleden in een ziekenhuis heeft, en nadien met die rekeningen geconfronteerd wordt, ziet dat er soms een groot verschil is tussen de wet, de theorie, en de praktijk, en in die zin sluit ik mij aan bij de collega's dat verfijningen nodig zijn. Ik denk dat de all-informule, die ook door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, maar ook door een onderzoek van de universiteit van Leuven wordt voorgesteld, belangrijk is, en we moeten kijken of datgene wat in andere landen kan ook niet hier nog meer opgenomen kan worden, maar dat zal uiteraard in overleg met de verschillende partners moeten gebeuren.

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

02 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de organisatie van de wachtdienst voor apotheken" (nr. 18603)

02 Question de Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'organisation du service de garde des pharmacies" (n° 18603)

02.01 Sarah Smeyers (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, 's avonds en tijdens het weekend organiseren apothekers een wachtdienst zodanig dat wie dringend medicatie nodig heeft ook buiten de gewone openingstijden van de apotheek bij een apotheker terecht kan. Het KB van 21 januari 2009 garandeert met het principe van de farmaceutische wachtdienst dat de bevolking permanent toegang heeft tot verzorging. Apothekers werken daarvoor samen en worden verplicht om een wachtdienst te verzekeren. In dat KB wordt echter niet bepaald wat de maximale afstand is binnen welke men een apotheek met wachtdienst moet kunnen vinden. Ik heb een concreet voorbeeld. In Zottegem bijvoorbeeld zullen de mensen die een apotheker van wacht nodig hebben, geregeld de dichtstbijzijnde apotheek pas in Brakel aantreffen wat bijna een onbereikbare bestemming is voor zieke mensen of mensen zonder wagen.

Ik heb dan ook enkele vragen. Op welke wijze wordt nagegaan of de afstand tot de dichtstbijzijnde apotheek van wacht niet te groot wordt? Bestaan daar regels voor? Is er een maximale afstand? Vormt het overbruggen van de grote afstanden een grond voor klachten over wachtdiensten van apothekers? Is het een gekend probleem? Op welke wijze kan men daar eventueel aan tegemoetkomen?

02.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, de bepalingen inzake de wachtdienst zijn opgenomen in het KB 78. Dit KB voorziet dat de meest representatieve beroepsverenigingen van de beoefenaars, onder meer van de apothekers, of de te dien einde opgerichte groeperingen wachtdiensten kunnen organiseren die de bevolking een regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen, zowel in het ziekenhuis als ten huize, waarborgen. Deze bedoelde groeperingen of verenigingen delen aan de bevoegde provinciale geneeskundige commissie de door hen opgestelde wachtrol mee alsook elke wijziging die zou aangebracht worden.

De Provinciale Geneeskundige Commissie bepaalt de behoeften inzake wachtdiensten en controleert de werking van die wachtdiensten. Daarbij beschikt ze over de bevoegdheid om de huishoudelijke reglementen goed te keuren en de schillen inzake wachtdiensten te beslechten.

Bij tekortkomingen of ontoereikendheid doet de Provinciale Geneeskundige Commissie op eigen initiatief, of op aanvraag van de gouverneur van de Provincie, een beroep op de medewerking van de belanghebbende organisaties of beoefenaars, met het oog op het inrichten of aanvullen van die wachtdiensten. Indien er klachten zijn, zal de Provinciale Geneeskundige Commissie in het belang van de volksgezondheid een regeling treffen die rekening houdt met onder meer de bevolkingscriteria en de afstanden die tijdens de wachtdienst door het publiek afgelegd moeten worden.

Er zijn geen indicatieve afstanden bepaald. Bij het opstellen van de wachtdiensten wordt er, in de mate van het mogelijke, rekening gehouden met de geografische spreiding van de apotheken. De commissie zal, bijvoorbeeld na een klacht, geval per geval onderzoeken en met alle aangereikte gegronde elementen rekening houden. Op basis van haar bevindingen zal de commissie een beslissing nemen die de continuïteit van de zorgverstrekking garandeert en zal ze, indien nodig, een bepaalde proefperiode instellen voor een reorganisatie. Daarbij moet echter wel opgemerkt worden dat de apotheek van wacht niet beschouwd mag worden als een soort nachtwinkel, maar ten dienste moet staan van de patiënt die dringende medicatie nodig heeft.

Voor zover ik weet, heeft de Provinciale Geneeskundige Commissie geen enkele klacht ontvangen betreffende de organisatie van de wachtdienst wat Zottegem en Brakel betreft.

Uit de inlichtingen die door de inspecteur van het FAGG van dit gebied werden ingewonnen bij de verantwoordelijke van deze wachtdienst, blijkt dat sinds ongeveer één jaar de wachtdienst van Zottegem en Brakel in één gezamenlijke wachtdienst ondergebracht werd. Het werkt alternerend, één week een apotheek in Zottegem en de andere week één in Brakel.

Tot een dergelijk systeem werd overgegaan gelet op enerzijds de hoge frequentie van de wachtdienst, om de tien weken, en anderzijds op basis van de werkelijke dringende noden. Hieruit blijkt verder nog dat deze wachtdienstregeling vorige maand positief geëvalueerd werd door alle apothekers in Zottegem en Brakel en dat er tot dusver geen enkele klacht werd gerapporteerd.

02.03 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw omstandig en duidelijk antwoord op mijn deels informatieve vraag. Ik deel uw opinie dat een wachtdienst geen nachtwinkel moet zijn, zoals u het schetste. Het mag inderdaad alleen maar voor noodgevallen zijn. Het is inderdaad zo dat als de nood zeer hoog is, er wellicht ook een arts kan geraadpleegd worden die eventueel op dergelijke uren kan bijspringen, of zelfs de spoeddiensten. De apotheker mag inderdaad in die zin geen overbelasting treffen.

Het feit dat er nog geen klachten in het gebied Zottegem-Brakel zijn, wil natuurlijk niets zeggen. Misschien weten de mensen niet dat er daartoe een mogelijkheid is. Ik dank u alleszins voor uw antwoord dat ik nuttig kan gebruiken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les listes d'attente de transplantation" (n° 18608)

03 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de wachtlijsten voor orgaantransplantatie" (nr. 18608)

03.01 Josée Lejeune (MR): Monsieur le président, madame la ministre, dans le domaine du don d'organes, notre pays figure en tête de peloton européen et mondial au niveau du nombre de donneurs après décès. On peut mesurer une plus grande prise de conscience de la population, notamment à la suite de différentes campagnes de sensibilisation mais également à la suite d'efforts fournis au niveau de la formation du personnel hospitalier. Cela dit, l'offre réelle d'organes demeure inférieure à la demande et, selon le coordinateur des transplantations de l'université de Gand, les listes d'attente de patients qui demandent une transplantation vitale se sont allongées. En tout cas, cela est avéré pour les transplantations de cœurs, de poumons et de foies.

Si mes informations sont correctes, madame la ministre, les six premiers mois de l'année 2009, le nombre de donneurs a diminué de 7 % et je me permets de relayer ces quelques chiffres: 29 Belges sont en attente d'un nouveau cœur, 59 d'un poumon et 174 d'un foie.

Madame la ministre, dans votre note de politique générale, vous insistez sur la politique active qu'il faut mener en matière de don d'organes et de transplantation. Vous évoquez également le système Eurotransplant auquel notre pays adhère depuis dix ans et vous rappelez que le renouvellement fin 2009 de la composition du Conseil belge de transplantation sera l'occasion non seulement de faire le bilan des initiatives prises dans notre pays mais aussi de réfléchir aux mesures à prendre à l'avenir. Par ailleurs, on sait que la nouvelle loi sur les dons d'organes est entrée en vigueur le 1^{er} décembre et qu'il est prématuré de tirer les premières conclusions.

Madame la ministre, il semblerait que les premières journées de formation étaient organisées fin de l'année dernière pour le personnel hospitalier qui coopère au projet GIFT. Comment se sont déroulées ces journées? Combien de personnes y ont-elles participé? Quelles premières conclusions pouvez-vous en tirer aujourd'hui? Quelles mesures seront-elles prises, notamment pour valoriser les coordonnateurs de transplantation? Comment mieux encadrer les proches qui autorisent un tel don? D'autres campagnes seront-elles menées? Enfin, quel budget allouera-t-on à cet effet?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Lejeune, depuis plusieurs années, la Belgique occupe l'un des premiers rangs du classement européen et même mondial en matière de prélèvement d'organes. Bien qu'il faille toujours faire mieux, il faut mettre en évidence le fait que c'est pour nous une priorité.

De nombreuses actions de sensibilisation sont régulièrement mises en œuvre mais, hélas, il reste impossible de faire rencontrer l'offre et la demande qui, elle, se fait chaque année un peu plus grande.

Au 31 décembre 2009, le nombre de donneurs était de 27,6 par million d'habitants. En 2008, ce chiffre était de 26,5; vous constatez l'augmentation.

On observe une légère augmentation du nombre de prélèvements. Au 31 décembre 2009, 1 256 patients étaient encore sur liste d'attente. En 2008, ceux-ci étaient 1 148, avec la ventilation suivante: 868 personnes en attente de reins, 46 en attente de pancréas, 191 en attente de foies, 58 en attente de cœurs et 95 de poumons.

Huit cent quarante-huit patients ont pu bénéficier d'une transplantation de l'organe nécessaire à leur survie. Les opérations se répartissent comme suit: 428 transplantations rénales, 42 transplantations pancréatiques, 220 transplantations hépatiques, 68 transplantations cardiaques et 90 transplantations pulmonaires.

Il est bien connu qu'il ne peut y avoir transplantation que s'il y a prélèvement d'organe. Des campagnes sont menées régulièrement, mais il existe d'autres freins dans le processus qui aboutit au prélèvement d'organes. Les techniques de neurochirurgie ont évolué. La population est de plus en plus âgée. Les accidents de la route – et nous pouvons évidemment nous en réjouir – sont en diminution ces dernières années. Tous ces facteurs doivent aussi être pris en compte. De plus, certains phénomènes de société doivent être considérés dans les pathologies menant les patients à une inscription sur liste d'attente, comme l'obésité, le diabète, etc.

La sensibilisation des médecins et des infirmières occupe une place de première importance dans nos actions. Par le biais du projet GIFT, mis en place en octobre 2006, une étude a été menée au sein de 84 unités de soins intensifs, de manière à identifier les besoins ressentis par ces équipes. Un cruel besoin de formation s'est fait rapidement sentir. Nous y avons répondu favorablement en organisant la première journée de formation générale en octobre dernier, et vous y avez fait allusion. Un peu plus de 300 médecins et infirmières y ont pris part. Différents points figuraient au programme, tels la détection précoce, le phénomène de mort cérébrale, la gestion d'un donneur potentiel mais aussi les aspects éthiques et légaux.

Tout au long de l'année 2009, les professionnels ont également eu l'opportunité de participer aux formations EDHEP (European Donor Hospital Education Programme) portant sur la prise en charge psychologique des familles endeuillées. Une centaine de professionnels y ont pris une part active.

Les premières conclusions que nous pouvons tirer sont évidemment très positives. Nous pouvons d'ores et déjà vous annoncer que deux autres journées de formation générale et dix formations de prise en charge psychologique des familles sont à nouveau inscrites au budget 2010 consacré au projet GIFT.

Dans un avenir plus ou moins proche, certaines valorisations de fonctions entreront en ligne de compte, mais il est encore prématuré de vous donner de plus amples informations, celles-ci devant être adaptées aux nouvelles directives européennes.

03.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses, lesquelles m'amènent à vous interroger sur la façon dont vous envisagez l'avenir. N'y a-t-il pas une crainte, étant donné que le nombre de demandeurs est de plus en plus élevé alors que le nombre de donneurs diminue en proportion? Comment envisagez-vous la politique de votre département? Certes, cette question n'est pas évidente pour vous, car il est malaisé de trouver des solutions en la matière. Les transplantations demeurant indispensables pour sauver des vies, comment entrevoyez-vous l'avenir?

03.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je viens de vous le dire, nous allons poursuivre le travail auprès des professionnels (formation, information). Chaque année, le nombre de prélèvements et de transplantations augmente. La situation que je vous ai décrite fait partie de la réalité. Nous avons moins de possibilités de transplantation en raison de l'évolution favorable de la qualité de la médecine, de la diminution des accidents de la route, etc. Si ce sont des freins, en même temps, heureusement qu'ils existent! Pour l'instant, nous allons continuer à investir massivement dans la voie que nous avons choisie puisque nous sommes en quelque sorte "champions" en la matière. Ensuite, d'ici quelques années, nous évaluerons la façon de procéder. Certes, la situation n'est pas évidente et il n'y aura peut-être pas une solution à tout. Il faut avoir l'honnêteté de le dire!

03.05 Josée Lejeune (MR): Essayons aussi de poursuivre les campagnes de sensibilisation! Je pense que c'est très important!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Tinne Van der Straeten aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de subsidies voor Wiels in het kader van Beliris" (nr. 19034)

- mevrouw Tinne Van der Straeten aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de subsidies voor Wiels in het kader van Beliris" (nr. 19766)

04 Questions jointes de

- Mme Tinne Van der Straeten à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les subsides accordés au centre Wiels dans le cadre de Beliris" (n° 19034)

- Mme Tinne Van der Straeten à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les subsides pour Wiels dans le cadre de Beliris" (n° 19766)

04.01 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik verontschuldigd mij omdat mijn vraag werd uitgesteld, ik was ziek vorige keer. Het schept echter wel de mogelijkheid om de huidige ontwikkelingen meteen ook mee op te nemen.

Het is een dossier waarrond al langer wordt gewerkt, maar dat zich momenteel in een doodlopend straatje bevindt. Het betreft de renovatiewerken aan het kunstencentrum Wiels in Vorst, Brussel, die in 2005 van start gingen.

In 2007 werd het centrum in gebruik genomen. De renovatiewerken kosten veel geld, namelijk 12,3 miljoen euro. De vzw heeft zelf voor een aanzienlijk aandeel van de zorgen gezorgd. Voor het resterende bedrag is, enerzijds, een bankkrediet gesloten en werd, anderzijds, een subsidiedossier ingediend.

In mei 2008 werd 2,7 miljoen euro, gespreid over 2008 en 2009, in het aanhangsel van het samenwerkingsakkoord ingeschreven.

In oktober 2009 was er reeds een negatief advies van de Inspectie van Financiën. Onlangs kwam er een tweede, negatief advies van de Inspectie van Financiën.

Tussen het eerste en het tweede advies is er over de materie zowel in het Brussels Parlement als in de VGC uitvoerig gediscussieerd. De twee betrokken ministers, met name minister-president Picqué, enerzijds, en staatssecretaris Bruno De Lille, anderzijds, zaten op dezelfde lijn. Het dossier was geblokkeerd en er zou worden gezocht naar een manier om het te deblokken. Beide betrokkenen schoven echter vooral de noodzaak aan overleg naar voren om het dossier te deblokken. Voor de uitgevoerde werken is immers een bepaald bedrag uitgegeven. Voor het kunstencentrum zou het erg moeilijk zijn, mocht het volledige bedrag verdwijnen.

Daarom riep het Brussels Gewest op om alle betrokken partners op korte termijn samen aan tafel te laten zitten, teneinde tot een noodoplossing te komen.

Ondertussen is het tweede, negatieve advies er gekomen, omdat geen nieuwe elementen zijn aangebracht en er een schijn van belangenvermenging bestaat of zou bestaan. Daardoor bent u de facto in de onmogelijkheid om de subsidie uit te betalen.

Wiels heeft van zijn kant in de krant aangegeven dat het zich tussen de federale overheid, enerzijds, en de Brusselse overheid, anderzijds, in de tang voelt genomen, omdat de taakomschrijving niet voldoende zou zijn afgelijnd.

Mijn oorspronkelijke vragen, voor zover ze natuurlijk nog relevant zijn, zijn de volgende.

Wat zijn de problemen in het dossier? Vandaag zijn ze duidelijk. Het probleem is namelijk de voornoemde belangenvermenging.

Veel belangrijker vandaag voor mij zijn toch wel de vragen of er overleg is met het Brusselse Gewest en welke vormen van overleg er mogelijk zijn. Welke manieren zijn er om dit dossier te deblokken, al dan niet via Beliris? Ik denk dat de piste van Beliris na die twee adviezen de facto onmogelijk wordt om die subsidie uit te betalen. Zijn er andere pistes die kunnen onderzocht worden en op welke wijze kan dat in overleg met de verschillende overheden om toch ervoor te zorgen dat het kunstencentrum zijn deuren niet moet sluiten of de renovatiewerken, die uitgevoerd zijn, kunnen betaald worden zonder dat het kunstencentrum daarom in een financieel zeer precarie situatie terechtkomt. Kortom, zult u ter zake initiatief nemen, of samen met minister-president Picqué van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest? Welke pistes zijn er om dit toch te deblokken?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je voudrais dire que je partage la conviction de Mme Van der Straeten. Il s'agit en effet d'un lieu important, d'un lieu culturel nécessaire qui revêt, notamment pour les habitants de Forest qui ont beaucoup souffert lors de l'aménagement du bâtiment, une importance capitale en termes de développement culturel. Cela étant dit, vous savez mieux que quiconque qu'on ne peut pas faire n'importe quoi avec les moyens publics. C'est évident.

Je vais essayer de répondre à vos deux questions en une seule réponse. Vous avez raison: il y a eu une évolution mais elle ne remet pas en cause l'opportunité de votre première question.

Il s'agit d'une subvention à une personne de droit privé, destinée à rénover un bâtiment public. Le bâtiment Blomme en question est une propriété régionale financée majoritairement par des fonds publics. Il faut le savoir. Dès lors, la réglementation relative aux marchés publics doit être intégralement appliquée. Cela ne fait aucun doute. On a pris nos renseignements auprès de la Chancellerie.

Que s'est-il passé? Simplement, après la commande des travaux, sans garantie d'obtention d'un financement pour les réaliser – je pense que c'était un peu léger mais c'est ainsi –, le Wiels a obtenu que la Région de Bruxelles-Capitale demande à Beliris d'intervenir. C'est ainsi que cela fonctionne.

Comme vous le savez, Beliris est un comité de concertation avec des représentants de toute une série de ministres fédéraux mais aussi des Régions. Dans le cadre du soutien à Bruxelles-Capitale, pour mettre en valeur son statut de capitale, nous recevons les demandes des Régions et des communes. Nous avons reçu une demande de la Région pour un budget de 2 725 000 euros pour la rénovation du bâtiment Blomme.

Tous les ministres, francophones et néerlandophones, autour de la table ont approuvé cette demande car elle correspondait aux objectifs de Beliris.

Sur cette base et pour obtenir le remboursement des frais engagés dans le cadre de la rénovation du bâtiment, le Wiels a transmis à l'administration de Beliris (la DIT) toute une série de pièces justificatives qui ont été transmises à l'Inspection des Finances. Or lors de la vérification du respect de la réglementation, il a été constaté que plusieurs dispositions de la loi relative aux marchés publics n'avaient pas été respectées.

Par ailleurs, il est ressorti de cette vérification que l'article 10 de la loi de 1993 relatif au conflit d'intérêts et l'article 78 de l'arrêté royal de 1996 relatif aux incompatibilités n'avaient pas été respectés non plus.

Op 28 oktober 2008 heeft de federale inspectie van Financiën een ongunstig advies gegeven. Eind 2009 heeft Wiels een nieuw stuk voorgelegd, namelijk een audit van de gewestelijke inspectie van Financiën, die a posteriori uitgevoerd werd in het kader van de controle van het gebruik van de Europese fondsen. In die audit stelde men overtredingen vast op de reglementering op de overheidsopdrachten, maar was men van ook mening dat de toewijzing van de opdrachten in kwestie niet onregelmatig is. Men onderstreepte daarbij wel dat er problemen blijven bestaan betreffende het belangenconflict.

Présidente: Magda Raemaekers.

Voorzitter: Magda Raemaekers.

In die context en gelet op dat nieuwe element heeft de administratie het dossier opnieuw voorgelegd aan de federale inspectie van Financiën. Zoals u in uw tweede vraag onderstreept, heb ik eind vorige week een nieuw advies van de inspectie van Financiën ontvangen. Die is van mening dat de bijgevoegde audit van de administratie op de nieuwe adviesaanvraag aan haar geen enkel element bevat dat van aard is om een herziening van het standpunt dat ingenomen werd op 23 oktober 2008 te rechtvaardigen.

Zo bevestigt het tweede advies van de inspectie van Financiën dat de vzw Wiels integraal onderworpen is aan de reglementering op de overheidsopdrachten, inclusief artikel 10 van de wet van 1993 betreffende het belangenconflict. Op die basis stelt de inspectie vast dat er een dubbel belangenconflict is, aangezien de penningmeesteres van Wiels tegelijk bestuurster is van het strategische comité van de aannemer, Bleton, die de overheidsopdracht in kwestie toegewezen kreeg. Die persoon is ook afgevaardigd bestuurster van de firma GSC Gestion, die via de vzw Wiels de controle kreeg over alle werken, zonder dat er enige concurrentie bij betrokken werd.

Tot slot stelt de inspectie ook een inbreuk vast op artikel 78 van het KB van januari 1996, dat bepaalt dat de aanbestedende overheid het recht heeft om de indieners van een offerte te vragen om aan te tonen dat zij geen concurrentievoordeel genieten.

Voilà la situation. À l'heure actuelle, si je le faisais, vous seriez à même de demander une commission d'enquête parlementaire! Il est évident que je ne le fais pas.

Cela dit, j'ai demandé au ministre du Budget et au secrétaire d'État s'ils partagent mon avis quant au respect de l'avis de l'Inspection des Finances. Je dois vous dire que je n'imagine pas qu'ils aient un avis contraire!

Vous avez raison de demander: que faire?

Le problème est évidemment la manière de travailler de Beliris. Une concertation est actuellement en cours entre mon chef de cabinet et les représentants du Wiels. Beliris reçoit des demandes émanant des Régions; y répond par oui ou non; suit alors ou pas un comité de concertation. À partir du moment où c'est non, je ne peux apporter de solution particulière. L'argent est là pour une initiative culturelle particulière, nous ne l'avons pas utilisé à autre chose. Si, pour le Wiels ou une autre initiative, la Région nous demande d'intervenir, les moyens financiers existent, mais je ne peux trouver de solution pour réparer les erreurs du passé commises par le Wiels.

Peut-être la Région trouvera-t-elle une solution. Si je nomme la Région, ce n'est pas pour entamer un jeu de ping-pong, ce qui n'est pas mon genre, mais le Wiels est un bâtiment régional bruxellois. Si une solution est trouvée, les moyens financiers sont là et je suis persuadée que le comité de concertation acceptera un autre dossier s'il est respectueux de la réglementation des marchés publics.

04.03 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Dank u voor het gedetailleerde antwoord, waarmee ik het grotendeels eens ben. U hebt gelijk dat u met de gegevens waarover we nu beschikken, niet kunt overgaan tot de uitbetaling van de subsidie en dat de piste om geld van Beliris voor de gedane werken te krijgen, de facto onmogelijk is. Inderdaad, de belangenvermenging kan immers niet met terugwerkende kracht ineens uitgegomd worden of verdwijnen.

Ik denk dat het een goede zaak zou zijn als alle actoren, de twee Gemeenschappen, het Gewest, en zeker ook de federale overheid, de koppen bij elkaar steken op een soort van overlegvergadering, om te kijken welke andere pistes er zijn die de sluiting van het centrum kunnen vermijden, vooral met het zicht op de financiële toekomst. Als de middelen niet voorhanden zijn, dan wacht de organisatie in elk geval voor een zeer preciaire financiële toekomst. De schuldeisers zijn er en die moeten worden betaald, en zeker voor een kunstencentrum zal dat niet zo evident zijn.

Vroeger zouden er misschien nog mogelijkheden geweest zijn via de Nationale Loterij, maar men heeft mij gezegd dat dat ook een zeer moeilijke piste is. Aangezien ik en vele anderen met mij de juiste piste niet ken - anders zou ik u niet ondervragen -, denk ik dat het een goede zaak zou zijn om met alle betrokken actoren te kijken naar wat er eventueel toch nog kan gebeuren. De oplossing zal er dan geen zijn via Beliris.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre: Le problème a été évoqué pratiquement dans tous les comités de concertation réunissant des représentants fédéraux et régionaux. Nous l'avons notamment évoqué fin 2009 lors de deux comités mais sans dégager de solution. Vous l'avez dit, le Wiels a commis une faute dans le passé et il est compliqué de récupérer la situation.

J'ai dit aux autorités régionales que les moyens financiers étaient disponibles. Si une demande intervient et que j'ai un accord de la part du comité de concertation, je n'ai pas de souci et l'argent ne sera pas utilisé à autre chose. C'est tout ce que je peux faire.

J'attends les propositions éventuelles et c'est ce que mon cabinet est en train d'expliquer au Wiels à l'heure actuelle.

04.05 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Om een nuancering te geven, zou ik daaraan willen toevoegen, zoals ook Charles Picqué in het Brussels Hoofdstedelijk Parlement heeft gezegd, dat er natuurlijk geen nieuwe werken of nepactiviteiten kunnen uitgevonden. Laten we het misschien aan de betrokken actoren overlaten om te kijken wat er wel mogelijk is. Ik denk dat niet aan ons is in onze commissie is om een tekst helemaal voor hen te schrijven. Laten we samen hopen dat er nog iets uit de bus komt.

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

05 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le traitement de la neurosyphilis" (n° 19090)

05 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de behandeling van neurosyphilis" (nr. 19090)

05.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, des médecins français ont découvert récemment que les personnes contaminées par le HIV, indépendamment du nombre de CD4 et du caractère détectable de la charge virale, pouvaient développer dans un cas sur trois une neurosyphilis symptomatique ou asymptomatique un ou deux ans après primo-injection et traitement donnant des marqueurs TPHA-VDRL à 0 ou négatifs. La syphilis généralement traitée par une à trois piqûres d'extencilline (penicilline benzathine) selon le taux des marqueurs TPHA-VDRL chez les porteurs d'HIV se loge parfois en quelques mois dans le système nerveux central où elle s'installe malgré le traitement en question. Le traitement par extencilline semblerait donc ne franchir que brièvement la barrière méningée lorsqu'elle n'est pas enflammée ou lorsque sa concentration de bactéricides est insuffisante pour éliminer les tréponèmes.

La syphilis dormante dans le système nerveux peut créer en quelques mois des lésions dans le système nerveux, les artères, le cœur, les yeux, les oreilles, développant de manière accélérée le processus de la syphilis qui court habituellement sur plusieurs années. En cas de rechute et d'évolution des marqueurs dans

le sang, même sans symptômes, il est donc impératif de procéder à une ponction lombaire afin de vérifier la présence éventuelle d'une protéine dans le liquide céphalo-rachidien.

Le traitement de protocole de la neurosyphilis avec de la pénicilline G à forte dose est appliqué actuellement: en milieu hospitalier, 12 à 24 doses par jour sous perfusion toutes les quatre heures pendant deux à trois semaines avec contrôle ophtalmologique, ORL, IRM cérébrale et modulaire de la moelle épinière. Une continuité de traitement de 8 à 14 jours avec de la seftriaxone (Rocephine) en intraveineuse est pourtant nécessaire pour s'assurer de la guérison totale, la Rocephine pénétrant dans le liquide céphalo-rachidien et dans le système nerveux central.

Pourtant, ce traitement spécifique n'est pas encore établi comme protocole de traitement de cette affection chez les porteurs du HIV, peu de médecins ayant ces informations établies par le CHR de Tourcoing spécialisé dans le traitement de ces maladies à partir d'une cinquantaine de cas soignés. L'absence d'information des praticiens risque donc de mettre en danger les personnes souffrant de cette pathologie.

Madame la ministre, qu'en est-il en Belgique? Quel protocole est-il d'application par les médecins spécialisés dans le traitement du HIV d'une part, des médecins de ville d'autre part dans le traitement de ces cas? Une telle approche différenciée est-elle généralisée? Si ce n'est le cas, quelles mesures comptez-vous prendre afin d'éviter de voir des patients porteurs du HIV infectés par la syphilis développer jusqu'au stade final cette terrible maladie? Je vous remercie de répondre à cette question quelque peu technique.

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Flahaux, en Belgique, les choix thérapeutiques relèvent de la responsabilité du médecin traitant. Face à cette liberté thérapeutique, les instances de santé publique informent régulièrement les médecins des pratiques les mieux adaptées par le biais de campagnes d'informations, de *guidelines*, de pratiques de remboursement, etc.

Dans le cadre du traitement des personnes séropositives, évaluées à 10 000, les consultations au niveau des centres de référence sida sont privilégiées afin que les médecins traitant cette maladie puissent accumuler un maximum d'expérience dans ce traitement.

En ce qui concerne le traitement d'infections par *treponema pallidum*, la syphilis, la recherche, le diagnostic, le traitement et le suivi des cas, y compris dans les formes neurologiques et chez les patients porteurs d'une infection par le VIH, font l'objet d'une *guideline* européenne publiée par *The International Union against Sexually Transmitted Infections*. Cette *guideline*, intitulée *IUSTI: 2008 European Guideline on the Management of Syphilis* est un document de référence utilisé en Belgique. Il a été mis à jour en décembre 2008 et publié en 2009 dans *l'International Journal of STD & AIDS* qui est disponible à une adresse mail que je peux vous communiquer.

Ce protocole très complet ne peut être résumé étant donné qu'il est extrêmement technique. À ce propos et pour votre information, on me précise que le traitement de la neurosyphilis décrit dans votre question n'est pas correct. La problématique du diagnostic de la neurosyphilis et de l'indication de la ponction lombaire chez les patients VIH infectés par la syphilis est aussi présentée dans un article *HIV and syphilis: when to perform a lumbar puncture* publié dans *Sexually transmitted diseases*.

La prise en charge du patient, tant au niveau du diagnostic, du traitement que du suivi, se fera sur la base de la situation clinique et des résultats biologiques. Ces éléments détermineront les actes médicaux nécessaires qui devront être menés dans les structures de soins adéquates. Certains actes médicaux ou traitements nécessiteront un milieu spécialisé et/ou hospitalier.

Voici les informations scientifiques des spécialistes que l'on pouvait relayer en la matière. C'est en grande partie une invitation à M. Flahaux à consulter des sites et des articles de fond. Bien entendu, s'il y avait d'autres questions plus spécifiques, j'y répondrais volontiers.

05.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je remercie la ministre pour cette réponse fouillée. Nous ne manquerons pas d'analyser et de comparer toutes les informations que vous nous avez transmises. Nous en ferons part au centre de Tourcoing auquel je faisais référence. Le cas échéant, nous reviendrons avec une question.

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

06 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de erkenning van de leverziekte van Crigler-Najjar" (nr. 19150)

06 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 reconnaissance de la maladie hépatique de Crigler-Najjar" (n° 19150)

06.01 **Lieve Van Daele** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de voorbije weken was er nogal wat aandacht voor het verhaal van een meisje van vier maanden dat aan een zeldzame leverziekte lijdt. De ziekte van Crigler-Najjar zorgt ervoor dat de giftige afbraakstof bilirubine zich in het bloed ophoopt waardoor patiënten zichzelf langzaam vergiftigen. Het stapelt zich niet alleen op in de huid en de ogen, wat de typische gele verkleuring van een leverziekte geeft, maar het hoopt zich ook op in de hersenen wat voor permanente hersenschade zorgt.

De ziekte is voorlopig nog niet erkend in België. Ze wordt behandeld met medicatie en lichttherapie, waardoor patiënten hun leven lang onder een felle blauwe lamp moeten slapen. Deze apparatuur is peperduur. De niet-erkenning van de ziekte maakt de tussenkomst van de ziekteverzekering niet evident. Op dit moment weet niemand hoelang de patiënten leven. In Nederland zijn er vijftientig patiënten bekend, tussen de leeftijd van baby tot adolescent.

Zijn er plannen om deze ziekte te erkennen?

Heeft men een zicht op het aantal patiënten in België?

Wordt er momenteel onderzoek gedaan naar een efficiëntere bestrijding van deze ziekte?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, zoals alle rechthebbenden van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, hebben de patiënten met de ziekte van Crigler-Najjar recht op de tenlasteneming van de raadplegingen bij geneesheren-specialisten en de onderzoeken die in het kader van de bijstelling van de diagnose en de follow-up van de ziekte worden verricht, alsook op de terugbetaling van behandelingen, levertransplantaties, enzovoort.

Het is een uiterst zeldzame ziekte die gepaard gaat met een permanent gebrek aan activiteit van bilirubine. Dat is een geel pigment waarvan de abnormale accumulatie in het bloed en de weefsels tot geelzucht kan leiden. Het kan zeer diverse oorzaken hebben.

Sommige behandelingen zoals fotherapie of fenobarbital worden niet door de huidige nomenclatuur vergoed. Patiënten kunnen in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds via hun verzekeringsorganismen een aanvraag tot tenlasteneming indienen. Thans worden er denkpistes in het kader van de genetische therapieën overwogen, zoals research om geneesmiddelen te ontwikkelen die de productie van bilirubine kunnen afremmen.

Grote voorzichtigheid is echter geboden omdat er tot op heden onvoldoende evidentie voorhanden is om te overwegen een specifieke vergoeding in het kader van de verplichte ziekteverzekering in te voeren. Gelet op de zeldzaamheid van deze ziekte — een geval op 1 miljoen geboorten, wat neerkomt op een gemiddelde van een geval om de acht tot tien jaar — verdient het de voorkeur om studies op Europees en zelfs op wereldniveau uit te voeren.

Omdat ik mij bewust ben van de problemen die patiënten met zeldzame ziektes, en hun naasten, kennen, cofinancier ik sinds 2009 het Fonds voor zeldzame ziektes en weesgeneesmiddelen, met het oog op het uitwerken van een plan zeldzame ziektes, in 2011.

In afwachting daarvan is het Solidariteitsfonds de beste oplossing.

06.03 **Lieve Van Daele** (CD&V): Mevrouw de minister, naar aanleiding van dit verhaal ziet men dat er de voorbije weken heel wat spontane solidariteit is ontstaan van mensen uit de omgeving van die patiënten die soms met torenhoge kosten worden geconfronteerd. Wanneer een kind een aangeboren ziekte heeft, zeker wanneer het een erfelijke aangeboren ziekte is, zoals in dit geval, is de ontredde bij de ouders enorm. Als het om dergelijke, bijzonder zeldzame aandoeningen gaat, voelen ouders zich ook erg eenzaam in hun

zoektocht naar hulp.

Ik sta voor 200 % achter het plan inzake het fonds voor zeldzame ziekten, dat is aangekondigd voor 2011. Ik hoop op een zeer goede begeleiding, zowel financieel als voor de organisatie van thuiszorg of het krijgen van antwoorden op vragen hoe men het best met die ziekten omgaat. Dat is belangrijk, precies vanwege de eenzaamheid van mensen met zulke zeldzame ziekten.

Het Bijzonder Solidariteitsfonds is inderdaad een optie, maar we moeten er ons altijd van bewust blijven dat er, ondanks al die inspanningen, in de realiteit noden — ook financiële noden — zijn die er voor die mensen eigenlijk niet zouden mogen zijn. Ik wou dat even onder de aandacht brengen, in de hoop dat we echt stappen zullen kunnen zetten in het plan omtrent zeldzame ziekten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de hoge bloeddruk en de hartproblemen bij jongeren" (nr. 19151)

07 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 "l'hypertension et les problèmes cardiaques constatés chez les jeunes" (n° 19151)

07.01 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit is voor een deel een informatieve vraag.

Ik denk dat wij allemaal weten dat cardiovasculaire problemen bijzonder groot zijn, doodsoorzaak nummer één zijn. Toch was ik verrast om in een recent Canadees onderzoek te lezen dat hart- en vaatziekten steeds meer voorkomen bij mensen die traditioneel niet tot de risicogroepen behoren. In de jongste jaren is het aantal jonge mensen met problemen van vooral te hoge bloeddruk verdubbeld. Dat zijn volgens mij bijzonder alarmerende cijfers.

Mevrouw de minister, daarover heb ik de volgende vragen.

Zijn er ook bij ons onderzoeken, of Europese onderzoeken, die deze alarmerende trend bevestigen? Zo ja, wordt daar op beleidsniveau ook iets mee gedaan? Is die problematiek bekend?

07.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, mevrouw van Daele, internationale studies tonen aan dat de prevalentie van hoge bloeddruk op wereldvlak bij volwassenen rond de 26 % schommelt. Die prevalentie neemt toe met de leeftijd en lijkt hoger te liggen in de achtergestelde sociale milieus. Bepaalde recente studies, zoals de Canadese die u aanhaalt, lijken ook aan te tonen dat hoge bloeddruk bij jongeren zeker niet uitzonderlijk is.

In België werd een studie over de prevalentie van normaal hoge bloeddruk en hypertensie gerealiseerd in het raam van een scriptie bij het einde van de studies geneeskunde op basis van gegevens van medische raadplegingen door eerstejaarsstudenten aan de ULB en de UCL in 2006-2007 en 2007-2008, met in totaal 11 418 studenten. Die studie toont een relatief hoge prevalentie aan van normaal hoge bloeddruk, 29 %, en van hypertensie, 31 %, bij de mannelijke studenten, en 16 % normaal hoge bloeddruk en 10 % hypertensie bij de vrouwelijke studenten. De frequenties die worden aangetroffen bij een studentenpopulatie zijn dus significant en roepen vragen op.

Er moet echter nota van genomen worden dat wat in deze studie tot uiting kwam, gebaseerd is op een eenmalige meting van de bloeddruk en dat een opvolging wenselijk zou zijn om de reële implicaties van dergelijke resultaten te kunnen beoordelen. Verder gaat de studie over universiteitsstudenten en die groep is niet noodzakelijk representatief voor de hele bevolking.

Hoe dan ook moeten cardiovasculaire problemen die te wijten zijn aan diverse factoren, zoals hoge bloeddruk, hypercholesterolemie, diabetes of roken, zowel preventief als curatief worden aangepakt, ook bij de jonge patiënten.

Het meten van de bloeddruk gebeurt gelukkig bijna quasi-systematisch bij elke consultatie van de eerste lijn.

Om deze preventieve maatregelen te versterken, heb ik recent in dat raam diverse maatregelen genomen, in het bijzonder met betrekking tot de zorgtrajecten en de preventiemodule.

In het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie kan de patiënt gratis een bloeddrukmeter verkrijgen waarmee hij zelf geregeld zijn bloeddruk kan meten. De bloeddruk zal uiteraard ook deel uitmaken van de preventiemodule, die zeer binnenkort zal geïntegreerd worden in elk globaal medisch dossier.

Na overleg met de betrokken partners kunnen er natuurlijk nog andere maatregelen worden overwogen, die specifiek gericht zijn op de jonge patiënten.

07.03 Lieve Van Daele (CD&V): Ik dank mevrouw de minister voor het uitvoerig antwoord. Als het kan zou ik graag die gegevens ontvangen van die studie waarnaar u verwijst.

07.04 Laurette Onkelinx, ministre: Toutes les coordonnées de l'étude vous seront transmises. En voici le titre: *Prévalence de la tension artérielle normale haute et de l'hypertension artérielle chez les étudiants à l'ULB et à l'UCL. Effets du mode de vie et de l'excès de poids*. Étude réalisée par Mme le professeur Samyn, promoteur: M. le professeur van de Borne.

07.05 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitvoerige antwoord.

Ik neem ook zeker mee dat u, verwijzend naar die Canadese studies, vermeld hebt dat het bovendien nog hoger blijkt te liggen in achtergestelde milieus. Ik denk dat, wanneer het gaat over dergelijke problematiek, je ook komt bij factoren als stress, armoede. Ik denk dat dit inderdaad ook een ruimer maatschappelijk debat vergt. Het is toch wel belangrijk dat daar verder onderzoek naar gebeurt. Ik denk dat het ook belangrijk is om gezamenlijke strategieën uit te werken, zoals u aanhaalt, met de Gewesten. Ik denk dat er op dit vlak ook heel veel kan gebeuren door middel van bewustmaking en preventie. De quasi routinematige metingen in de eerstelijnszorg zijn elementen die mekaar kunnen versterken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de nieuwe behandeling voor borstkanker" (nr. 19153)

08 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 "le nouveau traitement du cancer du sein" (n° 19153)

08.01 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de minister, wij weten hoe deze problematiek u aanbelangt, ook in het kader van het kankerplan. Onlangs is er nogal wat aandacht geweest voor een nieuwe behandelingsmethode die in Amerika stof heeft doen opwaaien, focused microwave thermotherapy. In combinatie met chemotherapie zou deze behandeling enorm effectief kunnen zijn. Er werden cijfers genoemd waarbij borstamputatie tot 90 % zou kunnen verminderen. Als men die cijfers leest, dan doet dat bijzonder veel verhopen. Toch gingen er onmiddellijk ook stemmen op dat dit misschien toch niet het wondermiddel is waarop iedereen zit te wachten. Er moeten nog een heleboel tests en onderzoeken gebeuren vooraleer men daar effectief met zekerheid over kan spreken. De weinige resultaten die er al zijn kunnen echter toch weer een sprankel hoop betekenen voor de vele vrouwen die met borstkanker in aanraking komen.

Mevrouw de minister, ik heb in dat verband enkele vragen voor u. Hebt u weet van deze nieuwe methode? Is er in België al onderzoek naar gedaan of wordt ze effectief al toegepast? Wordt dit opgevolgd? Ziet men dit daadwerkelijk als een mogelijk effectieve therapie of gaat het eerder om berichten die wel even hoop doen opleven, maar waar verder weinig van verwacht wordt?

08.02 Minister Laurette Onkelinx: Na informatie te hebben ingewonnen bij mijn administratie blijkt dat een onderzoeksteam van de Oklahoma University deze techniek recent onderzocht. De resultaten zouden binnenkort gepubliceerd worden. Deze techniek die bij borstkanker werkt op basis van lokale verhitting van tumorcellen heeft als gevolg dat deze gevoeliger worden voor chemotherapie. Grotere tumoren die normaal een mastectomie noodzakelijk maken kunnen met deze therapie verkleind worden tot een proportie waarbij borstsparende chirurgie kan uitgevoerd worden.

Het betreft een nieuwe techniek waarover tot op heden nog niet veel wetenschappelijke publicaties beschikbaar zijn. In België zijn er op dit gebied actueel geen onderzoeksprojecten.

Aujourd'hui, c'est peut-être quelque peu prématuré; nous devons attendre les résultats. Mais si cela s'avère être efficace, ce sera extraordinaire car nous pourrions empêcher les mastectomies.

Le Plan cancer était prévu jusqu'à la fin 2010. Nous devons en préparer un autre, avec probablement de nouveaux projets de recherches. C'est un des exemples où cela aurait vraiment du sens de travailler en interne et de voir si nous pouvons appliquer prochainement cette technique dans nos hôpitaux spécialisés.

08.03 Lieve Van Daele (CD&V): Bedankt mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het was inderdaad ook voor een stuk een informatieve vraag. Als men dergelijke dingen leest, geeft dat immers onmiddellijk hoop, zeker voor de mensen die daarmee geconfronteerd worden. Ik wilde voor een stuk aftoetsen of het al dan niet om een reëel perspectief ging. Ik denk echter dat het belangrijk is dat men wetenschappelijke publicaties en verder onderzoek niet alleen afwacht, maar ook steunt. Bedankt.

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

09 Samengevoegde vragen van

- de heer Flor Van Noppen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de positieflijst reptielen" (nr. 19171)
- mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het houden van roofvogels" (nr. 19351)

09 Questions jointes de

- M. Flor Van Noppen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la liste positive des reptiles" (n° 19171)
- 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 détention de rapaces" (n° 19351)

09.01 Flor Van Noppen (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het is weeral lang geleden dat wij het nog eens over slangen, kikkers en dies meer hebben gehad.

In februari 2009 heb ik u al ondervraagd over de stand van zaken inzake de positieve lijst voor reptielen. Tot op heden bestaat bedoelde lijst nog niet. In 2009 gaf u als antwoord dat de Dienst Dierenwelzijn en CITES een heleboel aanvragen te verwerken hadden en dat zulks een tijdrovende procedure was.

Daarom heb ik de volgende vragen.

Hoever staat het met de invoering van voornoemde, positieve lijst? Hebben de bevoegde diensten reeds een voorstel van een definitieve lijst?

In hoeverre werd bij het opstellen van de lijst rekening gehouden met de opmerkingen en suggesties van de sector zelf?

De **voorzitter**: Ik heb zelf een vraag over het houden van roofvogels. Ik hoop dat de vergadering ermee akkoord gaat dat ik mijn vraag stel van op de voorzittersstoel.

09.02 Magda Raemaekers (sp.a): Mevrouw de vice-eerste minister, op 5 januari 2010 stelde ik u een vraag over maatregelen inzake het houden van roofvogels. Ik stelde mijn vraag naar aanleiding van het advies dat u door de Raad voor Dierenwelzijn werd verleend.

U hebt aan de Dienst Dierenwelzijn en CITES immers de opdracht gegeven een besluit op te stellen dat met de aanbevelingen uit het rapport van voornoemde Raad rekening zou houden. Tenzij ik mij vergis, heb ik nog geen besluit ter zake gezien. Daarom heb ik de volgende vragen.

Wat is vandaag de stand van zaken van het dossier? Hoever staan uw diensten met het ontwerp van besluit? Kunt u ons een concrete datum geven waarop wij dit besluit mogen ontvangen?

09.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, in mijn algemene beleidsnota heb ik de prioritaire dossiers voor dit jaar vastgelegd.

Voor het luik dierenwelzijn gaat het om de oprichting van een centrum voor het onderzoek naar alternatieven voor het gebruik van proefdieren, om de aanpassing van de wetgeving aangaande proefdieren, om de vastlegging van voorwaarden voor het houden van vleeskonijnen, om de uitwerking van een plan ter bestrijding van de zwervkattenproblematiek en om het opstarten van de uitvoering ervan, om het aanpassen van de wetgeving aangaande het houden van ganzen en eenden voor de productie van foie gras en om het verbeteren van de wetgeving aangaande het slachten van dieren.

Naast deze uitgebreide agenda behandelt de Dienst Dierenwelzijn en CITES momenteel heel wat andere belangrijke dossiers, waaronder het opstellen van een wetgeving aangaande het houden van roofvogels in gevangenschap, op basis van het advies van de Raad voor Dierenwelzijn. Rekening houdende met de huidige werklast, heeft deze dienst het opstellen van het koninklijk besluit in kwestie tegen eind 2010 gepland.

Wat de positieve lijst van de reptielen betreft, is eveneens gepland om deze in de loop van het tweede semester van dit jaar af te ronden. De uitwerking van de lijst heeft wat achterstand opgelopen wegens het complexe karakter van deze taak, en als gevolg van het terug prioritair stellen in 2009 van de positieve lijst van de zoogdieren, die nietig verklaard werd door de Raad van State.

Het spreekt voor zich dat deze twee dossiers het voorwerp zullen zijn van een uitgebreide raadpleging van de voornaamste betrokken sectoren en van de dierenbescherming.

09.04 **Flor Van Noppen** (N-VA): Mevrouw de minister, het is nu al meer dan twee jaar dat we wachten op de lijst van positieve of negatieve reptielen — het maakt voor mij niet uit, als er maar een lijst komt —, en ik hoor nu dat we het tweede semester van dit jaar eindelijk een lijst zullen hebben. We zijn dus opnieuw in blijde verwachting, en ik hoop niet dat, zoals nu het geval is, het nog eens een driedubbele ezelsdracht wordt.

09.05 **Magda Raemaekers** (sp.a): Mevrouw de minister, ik hoop dat u woord houdt, en ik hoop dat er op het einde van het jaar wetgeving in verband met het houden van roofvogels komt. Ondertussen ken ik u een beetje, en ik weet dat u zeer begaan bent met het dierenwelzijn, waarvoor ik u dank. Ik hoop evenwel dat u ook de nodige aandacht besteedt aan de materie wat de roofvogels betreft, ook al houdt slechts een kleine groep mensen roofvogels, en dat u tegen het einde van dit jaar zeker met een oplossing komt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Martine De Maght** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het uit de handel genomen Reductil" (nr. 19222)

- mevrouw **Lieve Van Daele** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het uit de handel nemen van het vermageringsproduct Reductil" (nr. 19264)

- mevrouw **Maya Detiège** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de stopzetting van de commercialisering van sibutramine (Reductil)" (nr. 19323)

10 **Questions jointes 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 retrait du marché du Reductil" (n° 19222)

- 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 "le retrait du marché du produit amaigrissant Reductil" (n° 19264)

- 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'arrêt de la commercialisation de la sibutramine (Reductil)" (n° 19323)

10.01 **Lieve Van Daele** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, eind januari is Reductil

vanwege veiligheidsoverwegingen uit de handel genomen. Het gaat om een product dat wellicht wekelijks enkele duizenden afnemers heeft. Het product is geproduceerd op basis van sibutramine. Het was in ons land het enige geneesmiddel dat die substantie bevat en dat goedgekeurd werd en verkocht mocht worden.

Het European Medicines Agency is tot het besluit gekomen dat de risico's die met het gebruik gepaard gingen, eigenlijk groter waren dan de voordelen op het vlak van gewichtsverlies. Vandaar dat het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten het product uit de handel heeft laten nemen. Op het internet is het echter nog steeds mogelijk, weliswaar op illegale wijze, om die producten en andere producten op basis van hetzelfde middel te verkrijgen.

Vandaar heb ik de volgende vragen. Wat zijn eigenlijk de concrete gezondheidsrisico's die dat product inhouden? Zijn er in ons land gevallen bekend van gezondheidsschade als gevolg van het gebruik van het product? Misschien is het volgende element nog wel belangrijker. Wanneer een dergelijk product uit de handel wordt genomen, maar via illegale weg beschikbaar blijft, bekruipt ons in de commissie, telkens we er een debat over houden, een gevoel van machteloosheid. Kunnen er concrete stappen tegen die illegale producten op het internet ondernomen worden? Misschien kan dat op Europees niveau gebeuren? Ik denk immers dat het niet om een typisch Belgisch probleem gaat. Is daar enige vooruitgang in mogelijk?

10.02 Maya Detiège (sp.a): Mijn vraag is voor een groot deel gelijklopend, of toch zeker wat het inleidende deel betreft over wat sibutramine is. Ik zal het dus tamelijk kort houden en geen zaken herhalen.

Het is belangrijk op te merken dat het risico dat men loopt een ernstig cardiovasculair probleem is. Vandaar dat men het product van de markt heeft gehaald. Ik wil de minister ook bedanken voor de snelle reactie, aangezien Reductil zeer snel van de markt is gehaald.

Het is waar dat mensen het product illegaal via het internet kunnen verkrijgen. Ik weet dat dat een hele lange strijd is. Ik ben momenteel met een aantal mensen, ook bijvoorbeeld op het niveau van de Benelux, bezig om de strijd tegen die sites verder te voeren, omdat in alle landen het probleem meer en meer opkomt.

Men wist al bij het op de markt brengen dat er mogelijke negatieve bijwerkingen waren aan het gebruik van Sibutramine. Dat werd toen niet gezegd, omdat het een beetje een twijfelgeval was. Later heeft men beslist om het opnieuw te herzien en het product volledig van de markt te nemen. Zo rijst toch de vraag of dat product überhaupt ooit op de markt had mogen komen. Was u op de hoogte van die problemen toen het de eerste keer op de markt kwam? Wat waren de argumenten die in 2001, toen is het product in België op de markt gekomen, werden aangehaald om het toch te commercialiseren en niet te overwegen om het niet op de markt te brengen, gezien de mogelijke bijwerkingen?

Momenteel wordt op de televisie voor andere vermageringsproducten veelvuldig reclame gemaakt. U herinnert zich ook mijn opmerkingen in verband met, bijvoorbeeld, de pijnstillers. Er is een overconsumptie op dat vlak. Ik kan u verzekeren dat vermageringspillen – ik zie dat in de apotheek – ook een van de toppers zijn. Mensen willen slank zijn. Ik begrijp dat men graag gebakjes eet, maar anderzijds ook graag tegelijk slank wil zijn. Men mag niet veralgemenen. Ik moet opletten wat ik zeg, maar ik heb ervaring met die zaken. Ik zie soms mensen die vermageringspillen kopen en dan naar het frietkraam gaan. Dat is vaak de praktijk. Ik vind dat wij moeten opletten voor wij naar zulke middelen grijpen. Hoeveel mensen worden beïnvloed door die reclame? Is daar onderzoek naar gebeurd? Wegen de voordelen van het afslanken wel op tegen de bijwerkingen van al die producten?

10.03 Laurette Onkelinx, ministre: Ce sont des constats très importants, madame la députée Detiège. Je suis en général très jalouse de ceux qui peuvent manger de tout sans grossir.

Mijn diensten zijn op de hoogte van de cardiovasculaire risico's van Sibutramine sinds de commercialisering, maar het zijn de resultaten van het onlangs afgesloten SCOUT-onderzoek, Sibutramine Cardiovascular OUTcomes, die aanleiding hebben gegeven tot een herziening van de baten-risicoverhouding van Sibutramine door het EMA.

Uit dat onderzoek is gebleken dat de voordelen, namelijk het gewichtsverlies, niet opwegen tegen het cardiovasculair risico, verbonden aan het geneesmiddel. Meteen na de bekendmaking van het advies van het Comité voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik van het EMA en zonder de beslissing van de Europese Commissie af te wachten, heeft het geneesmiddelenagentschap de firma trouwens verzocht alle verpakkingen Reductil uit de apotheken terug te roepen.

Wat de situatie in de overige lidstaten betreft, zal deze beslissing, indien de Europese Commissie het advies van CHNP van het EMA opvolgt, van toepassing zijn in alle Europese landen, inclusief Nederland. In België wordt sibutramine verkocht onder de merknaam Reductil. Er werden in België 79 meldingen van bijwerkingen met Reductil geregistreerd, waarvan 21 meldingen in verband met cardiale en/of cardiovasculaire aandoeningen.

Er worden inderdaad geneesmiddelen op basis van sibutramine of als dusdanig aangekondigd, of erger nog als verborgen actief bestanddeel in sommige producten, via internet te koop aangeboden. Dit aanbod gaat meestal uit van illegale verkoopsites. Op 29 januari verspreidde het Geneesmiddelenagentschap een persbericht waarin in het bijzonder aandacht werd besteed aan de gevaren van het aankopen van geneesmiddelen op basis van sibutramine. Daarbij werd herhaald dat er gevaar schuilt achter elke aankoop van geneesmiddelen via internet buiten het legaal circuit. De koper stelt zich immers niet alleen bloot aan risico's voor zijn gezondheid, maar riskeert ook de inbeslagname van de waren door de douane en strafsancities aangezien het verboden is om via internet geneesmiddelen op medisch voorschrift aan te kopen.

In oktober 2009 startte het FAGG een grootscheepse campagne om het publiek te sensibiliseren voor risico's verbonden aan de aankoop van geneesmiddelen via internet, buiten het legaal circuit.

Daarnaast is het ook de bedoeling om de bevolking de sleutels in handen te geven om geneesmiddelen in alle veiligheid te kopen en te gebruiken. De campagne gebeurt onder verschillende vormen: de uitwerking van een website, negatieve banners op verschillende websites, affiches in wellnesscentra, sportzalen en universiteitscampussen die verwijzen naar de website, persberichten enzovoort.

Aangezien de doeltreffendheid van de controleacties nog beperkt is, is het van essentieel belang dat surfers zich bewust zijn van de risico's die ze lopen door buiten het legale circuit geneesmiddelen via internet te kopen. Er bestaan momenteel nog twee geneesmiddelen die vergund zijn voor de indicatie overgewicht, het voorschriftplichtige Xenical op basis van 120 mg orlistat en het vrij verkrijgbare Alli op basis van 60 mg orlistat. Deze geneesmiddelen zijn geen anorectica, ze werken door de resorptie van vetten te verminderen in combinatie met een calorie- en vetarm dieet. De belangrijkste bijwerkingen van orlistat zijn vettig rectaal verlies, diarree, hypoglycemie en hoofdpijn. Tot nu toe werd met orlistat geen cardiovasculair risico vastgesteld.

Net als elk geneesmiddel dat in de Europese Unie over een vergunning beschikt, worden deze geneesmiddelen permanent bewaakt in het kader van de geneesmiddelenbewaking. Bovendien ging het in de handel brengen van Alli gepaard met de verplichting om een risicobeheerprogramma in te voeren om de bewaking van deze substantie te versterken.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw De Maght net aangekomen is. Mevrouw de minister heeft al geantwoord. Wil u nog iets afzonderlijks vragen over dit probleem aan de minister? Het ging immers om samengevoegde vragen.

10.04 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de voorzitter, ik heb uiteraard een stuk van de toelichting van de minister gemist. Ik dank mevrouw de minister voor het antwoord en ik zal er akte van nemen. Als ik nadien nog vragen zou hebben, kom ik hier zeker op terug.

10.05 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de minister, bedankt voor uw volledig en bij wijlen gedetailleerd antwoord.

In verband met de illegale internetverkoop van geneesmiddelen, wil ik vooral nog eens benadrukken dat het belangrijk is dat er grootscheepse campagnes worden gevoerd en dat mensen worden gesensibiliseerd via de verschillende kanalen die u noemt. Ik vrees echter toch dat sensibilisatie alleen onvoldoende is omdat er volgens mij een groot verschil is tussen wat mensen weten en wat zij in de praktijk doen.

Daarom denk ik dat het ook belangrijk is, na die eerste en noodzakelijke stap, om ook te proberen, waarschijnlijk op Europees niveau, zoals ik al zei, om de controlemechanismen te verhogen. De aanbieders van die geneesmiddelen, tegen wie er volgens mij ook actie gevoerd moet worden omdat zij er vaak grof geld aan verdienen op de kap van de gezondheid van mensen, moeten aangepakt kunnen worden. In dat opzicht is er toch nog een hele weg te gaan. Ik hoop dat er effectief stappen in die richting gezet kunnen

worden.

Niet langer dan een week geleden waren de miljarden die in die illegale handel omgaan nog voorpaginanieuws. Dat is een groot probleem waartegen echt stappen moeten worden gezet.

10.06 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ten eerste sluit ik mij aan bij de opmerking van mevrouw Van Daele.

Ten tweede, ik wil toch wel opmerken dat we ook wel moeten leren uit het verleden. Ik geef een voorbeeld. Er waren de eetlustremmers van het type amfepramon of diethylpropion. Op een bepaald moment waren die een ongelooflijke topper in België. In elke bereiding moesten die toegevoegd worden, want dat hielp ongelooflijk. De inwerking op het hart was echter ook heel belastend. Dat was geweten en toen werden die middelen van de markt gehaald.

Daarom vind ik het een beetje raar dat in 2001 opnieuw een product op de markt gebracht werd, niet van dezelfde groep, maar wel met cardiovasculaire bijwerkingen. Ik heb daarover toen ook vragen gesteld aan de minister. Het is immers geweten dat zeer veel mensen grijpen naar vermageringspillen.

Daarom zeg ik: let een beetje op, ook met de campagnes die gevoerd worden ten aanzien van vrouwen en mannen. Tegenwoordig zijn ook steeds meer jongeren zwaarlijvig. Zij moeten weten hoe ze daarmee om moeten gaan, want uiteindelijk gaat het over geneesmiddelen.

U hebt zelf de bijwerkingen van bijvoorbeeld Orlistat opgenoemd, en Alli. Alli is de commerciële naam, net als Xenical. Orlistat is het werkzaam bestanddeel. Het blijft eigenlijk altijd hetzelfde: het gaat over geneesmiddelen.

Ik denk dat het toch wel belangrijk is om het evenwicht te vinden tussen niet-obees zijn versus het niet te veel nemen van die geneesmiddelen. Dat is niet eenvoudig.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat we nu agendapunt 21 behandelen, met de vraag van mevrouw Vautmans. Daarna komen we terug naar agendapunt 19 voor de vraag van mevrouw De Maght.

11 Vraag van mevrouw Hilde Vautmans aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het bezoek van de minister aan Congo" (nr. 19267)

11 Question de Mme Hilde Vautmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la visite de la ministre au Congo" (n° 19267)

11.01 Hilde Vautmans (Open Vld): Mevrouw de minister, begin februari 2010 bent u naar Congo afgereisd. Ik weet niet of het uw eerste bezoek aan het land was. U hebt ginds echter alleszins als bevoegd minister een protocol tussen België en Congo inzake de gezondheidszorg ondertekend.

Wij hebben een en ander in de pers goed kunnen volgen. U hebt verklaard dat de toegang tot de gezondheidszorg niet volstaat. De zorg die wordt toegediend, moet ook goed zijn. U hebt in Congo ook over namaakgeneesmiddelen gesproken.

Net vóór uw vertrek werd hier in de Kamer een resolutie van verschillende partijen goedgekeurd, waarin net de strijd tegen namaakgeneesmiddelen werd aangegaan. Wij waren er dus heel erg over verheugd dat u tijdens uw bezoek ook aandacht aan het genoemde probleem hebt geschonken.

Het is trouwens duidelijk dat ook op Europees vlak steeds meer wordt ingezien dat namaakgeneesmiddelen heel dramatisch zijn. U hebt het land bezocht. Mensen verkopen ginds wel eens hun laatste zak graan om het nodige geld in te zamelen om een geneesmiddel bijvoorbeeld tegen malaria voor hun een kind te kunnen kopen. Wanneer dat middel dan niet blijkt te werken, omdat het gewoon namaak en nep is, en het kind dientengevolge overlijdt, dan weet u ook welke drama's zulks veroorzaakt.

Ik heb tijdens de plenaire vergadering ook opgemerkt dat, mocht er zich in Europa een dergelijk geval

voordoen, het land te klein zou zijn. De situatie gebeurt nu op tamelijk grote schaal in een aantal ontwikkelingslanden.

Mevrouw de minister, ik heb een aantal specifieke vragen.

Wat houdt de protocolovereenkomst in? Spreekt u in de overeenkomst ook over de namaakgeneesmiddelen? Mijn vraag gaat natuurlijk ook breder. Over welke sectoren gaat het? Welke concrete samenwerkingsinitiatieven zijn overeengekomen? Binnen welke termijn zullen de initiatieven worden genomen? Over welke budgetten gaat het?

Dat zijn relevante vragen ter zake.

Ik heb nog een heel specifieke vraag, die niet in mijn schriftelijke vraag is opgenomen, maar waarvoor ik niettemin ook aandacht wil vragen.

In het oosten van Congo worden nog altijd massaal veel vrouwen verkracht. Ik ben in 2009 in de heel zwaar getroffen gebieden op bezoek geweest. Ik heb ginds ook met slachtoffers van verkrachtingen gesproken. Ik hoop u, een vrouwelijke minister, niet te vertellen wat een verkrachting aan het leven van een vrouw kan aanrichten.

Ons land heeft altijd een voortrekkersrol gespeeld in het tegengaan van de seksuele misdrijven ginds.

Hebt u in het samenwerkingsprotocol ook aandacht voor de opvang van en de zorg voor verkrachte vrouwen?

Wij moeten op het probleem blijven hameren. Wij moeten de strijd aanbinden om de plegers van seksuele misdrijven te bestraffen. Wij moeten ervoor zorgen dat preventief wordt opgetreden en dus dat militairen hun loon krijgen en zij bijgevolg niet hoeven te muiten en te verkrachten. Wij moeten echter ook, omdat de verkrachtingen nog altijd gebeuren, inzetten op de goede zorg voor de slachtoffers. Het gaat over heel veel jonge meisjes van twaalf en dertien jaar oud. Er komt binnenkort een boek uit met verhalen van de getroffen vrouwen.

Werd in uw protocol ook aandacht aan de seksuele misdrijven in Congo besteed?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, c'est en effet la première fois que j'allais au Congo; je m'y suis rendue sur l'invitation de mon collègue ministre de la Santé, que j'avais rencontré à Genève dans les bâtiments de l'Organisation mondiale de la Santé, et avec lequel nous avons discuté.

Au départ, il ne s'agissait pas de la problématique des médicaments, mais de la mutualisation des soins de santé puisque, d'initiative, l'ensemble de nos mutuelles en Belgique, libres comme socialistes ou chrétiennes, ont des liens sur le terrain au Congo pour essayer de mettre en place un système d'accès aux soins de santé. Je suis donc allée sur place et nous avons signé un accord de coopération en matière de santé publique et de sciences médicales.

Présidente: Thérèse Snoy et d'Oppuers.

Voorzitter: Thérèse Snoy et d'Oppuers.

Het akkoord beoogt vooral het leggen van een versterkte samenwerkingsbasis tussen de Belgische en Congolese entiteiten op het vlak van gezondheid en sociale bescherming. Artikel 7 van het akkoord gaat meer bepaald over de farmaceutische sector. Het roept de contracterende partijen op hun ervaringen op het vlak van beheer van de farmaceutische sector uit te wisselen. Er wordt onder meer beoogd in het bijzonder de nadruk te leggen op de versterking van de capaciteit van de organen die belast zijn met de geneesmiddelen, met name wat de bevoorrading, de kwaliteit en de veiligheid betreft.

Een uitnodiging om de gesprekken over de samenwerkingsmodaliteiten voort te zetten zal met name snel gericht worden aan de Direction congolaise de la Pharmacie et des Médicaments. Ils viendront ici, à l'Agence des Médicaments.

Ils sont demandeurs de formations. Je me suis rendue sur place, j'ai vu le laboratoire central et j'ai rencontré toute l'équipe. Elle exprime un besoin extrêmement pressant de formation et de matériel. Nous examinerons

la manière dont nous pouvons les aider pour les instruments de contrôle. Nous pourrions agir en lien direct avec le secteur privé.

En marge de la signature de l'accord, nous avons élaboré un atelier qui réunissait des experts belges et congolais autour des thèmes de l'assurance et du contrôle de qualité des médicaments. Il a donc été question de les aider à disposer d'un système de lutte contre la contrefaçon des médicaments, mais également de les aider à installer en République démocratique du Congo un système efficace d'inspection d'industries, sur la base de l'analyse des risques.

Comme pour tous les accords de coopération, une commission mixte précisera les termes de l'accord. J'aimerais que cette commission ait lieu avant le 30 juin. Nous pouvons l'organiser par vidéoconférence et il n'est nul besoin de disposer de fonds pour des voyages.

Manifestement, ils ont besoin de soutien dans le système entier. De l'aéroport jusque Kinshasa, on aperçoit quantité de petits magasins appelés pharmacies. On imagine bien ce qui peut se trouver à l'intérieur.

Vous avez parlé de la malaria. En Belgique, des chercheurs belges en relation avec GSK sont en train de développer un vaccin. Il sera prioritairement destiné à ces pays. On l'attend dans les trois prochaines années. Ce vaccin représentera un soulagement, notamment en pédiatrie. Encore faudra-t-il évaluer la qualité du vaccin et éviter la contrefaçon. Vous avez entièrement raison.

Je me suis rendue à Kinshasa, mais aussi à Bukavu dans le Sud-Kivu et nous avons également travaillé sur le thème des mutuelles. Nous avons visité une petite localité où est développée, avec un bureau diocésain des oeuvres médicales, une mutuelle chrétienne qui fonctionne. J'aurais bien sûr pu en visiter une autre, mais peu importe. Ce qu'ils ont réussi à faire est extraordinaire. Vous connaissez malheureusement la pauvreté d'une très grande majorité de Congolais. Ceux-ci doivent payer deux dollars et demi par personne et par an pour être affiliés, ce qui est énorme vu la taille des familles, comptant parfois une dizaine d'enfants. Cela revient vite à 25 ou 30 dollars, ce qui représente au moins un mois de revenus.

C'est difficile, mais ils y arrivent. Dans une toute petite localité de 45 000 personnes dont j'ai oublié le nom, mais que j'ai visitée, les trois quarts des habitants étaient affiliés. La première année mise à part, les soldes créditeurs ont été réinvestis dans des places d'hôpitaux et des soins de santé de base.

Mon ministère servira de médiateur, mais il appartient aux mutuelles de développer ce modèle. Le président Kabila m'a dit qu'un projet de loi relatif aux conditions de création d'une mutuelle allait être adopté par le Conseil des ministres du mois de mars prochain. C'est donc en bonne voie.

Au Sud-Kivu, j'ai visité l'hôpital de Panzi. La situation y est terrible. Et vous avez raison de dire que c'est le résultat des viols commis en tant qu'armes de guerre par les rebelles. Selon des témoignages recueillis sur place, des viols sont encore perpétrés.

Grâce à l'extraordinaire charisme de son médecin-directeur, cet établissement peut récolter des fonds du monde entier. Reste que l'objectif des rebelles était d'éradiquer toute possibilité de fécondité. Ils se sont donc attaqués à l'appareil génital de ces femmes en recourant à des techniques d'une barbarie hors du commun. C'est pourquoi les médecins doivent le reconstruire. À cette fin, ils ont besoin de spécialistes, notamment des urologues, qu'ils ne trouvent pas. Mon collègue Charles Michel avait dit qu'il pourrait leur fournir des spécialistes, mais la Coopération au développement n'en a pas trouvé.

Mon administration va prendre le relais pour essayer de mettre l'expertise belge au service de ces médecins. Nous enverrons des spécialistes pour les former. Si nous n'en trouvons pas en Belgique, il conviendrait d'utiliser les fonds que nous avons récoltés.

Enfin, il y a eu de grandes discussions sur le fait qu'on avait enlevé la composante médicale de la coopération au développement. Ils se sont en effet basés sur différentes aides: le soutien à l'agriculture, les routes, etc., mais plus sur l'aide médicale. Cela avait provoqué un grand émoi parmi les ONG présentes sur place. Je leur ai indiqué qu'il était évident que les moyens ne seraient pas retirés du jour au lendemain. Ce n'est pas l'intention du ministre Charles Michel. C'est clair! Par ailleurs, j'ai indiqué que nous allions prendre en partie le relais – c'est pour cela que je me suis rendue sur place - mais que la filière que nous allions privilégier dans les années à venir étaient les accords bilatéraux entre institutions.

Dans la résidence de la personne qui s'occupe de coopération au développement sur place, nous avons rencontré beaucoup d'ONG mais aussi de personnes provenant d'hôpitaux belges, des médecins, des infirmières. Ces hôpitaux ont des accords bilatéraux avec des institutions sur place et sont occupés à transférer du matériel, à financer de la formation de personnel médical. Je crois que c'est le meilleur moyen pour soutenir réellement et concrètement la population. Selon moi, il faut multiplier ce genre d'initiatives. Je lance donc un appel à nos hôpitaux pour qu'ils y soient attentifs.

Par exemple, à l'hôpital général de Kinshasa, j'ai visité une unité chargée de la lutte contre le diabète, notamment le diabète du pied. Il leur manquait du matériel comme des chaises roulantes qu'on décline très facilement en Belgique. Ce genre de jumelage me semble être une voie à soutenir.

Je vous tiendrai au courant du suivi que je veux très pragmatique.

11.03 Hilde Vautmans (Open Vld): Mevrouw de minister, bedankt voor uw heel uitgebreid en heel geëngageerd antwoord.

Terwijl u in Congo was, was er in ons land een groot debat gaande. Men vroeg zich af of wij nog op goed bestuur moeten hameren.

U hebt de president gezien. Ik hoop dat u hem de boodschap hebt gegeven dat wij uiteraard willen samenwerken, maar dat respect voor de mensenrechten cruciaal is. Ik ben blij dat u aanhaalt dat het regeringsleger betrokken is. Wij mogen daarover niet zwijgen.

Ik heb de projecten van ziekenfondsen ook bezocht. Ik heb gezien dat de kleine projecten eindelijk goed beginnen te werken. Het probleem blijft toch vaak de bijdrage van 2,5 dollar per gezinslid, per jaar. Wij kunnen het ons bijna niet voorstellen, maar voor hen is dat enorm veel geld, zeker wanneer het gaat om een aantal gezinsleden tegelijkertijd. Gelukkig zijn er ook financiële spreidingsplannen.

Het is een goede zaak dat wij hen helpen bij het opzetten, maar zij moeten het zelf doen. Wij kunnen dat niet voor hen doen. Wij moeten hen vormen.

Ik ben ook in het ziekenhuis van Panzi geweest. Maandelijks nog krijg ik e-mails, telkens wanneer zich problemen voordoen. Ook België heeft het ziekenhuis in Panzi gesteund. U had het over het probleem van de fistula's. België heeft daarin enkele experts en ik veronderstel dat zij weldra bereid zullen worden gevonden. Ook Engeland is daarin gespecialiseerd. Ik heb in Ethiopië zulke ziekenhuizen bezocht. Ik kan u daar gegevens van bezorgen als u die nodig hebt.

Bilaterale contacten zijn goed. Vanuit Hasselt gaan oogchirurgen eenmaal per jaar naar daar. Ze voeren er massaal veel oogoperaties uit, omdat ze ginds de technische kennis niet hebben. De inwoners staan soms weken aan te schuiven voor een operatie. De chirurgen proberen hun kennis over te dragen.

Ik hoop dat u samenwerkt met minister Michel. Het kan niet dat wij op parallelle sporen werken. Het moet in een regeringsbeleid vervat zitten, met de ministers Michel, Vanackere en uzelf. U moet de boodschap uitdragen dat wij bereid zijn om samen te werken, de bevolking te steunen, maar dat goed bestuur en mensenrechten voorop moeten staan.

Wat dat betreft hebt u onze steun.

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

La **présidente**: Nous avons accordé plus de temps à cette question. Je reconnais que Mme la ministre avait de nombreux éléments intéressants à partager avec les membres de la commission.

À présent, nous allons, conformément au Règlement, essayer de nous en tenir au temps de parole prescrit.

La question n° 19301 de Mme Lejeune est reportée.

12 Vraag van mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de maatregel van Vlaams minister Jo

Vandeuren inzake de wachttijden voor ambulante jeugdzorg" (nr. 19184)

12 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 "la mesure du ministre flamand Jo Vandeuren concernant les délais d'attente en matière de soins ambulatoires pour les jeunes" (n° 19184)

12.01 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, jongeren die dringend psychiatrische begeleiding nodig hebben worden meestal binnen de 24 uur gezien door een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, wat uiteraard goed is. Na dat eerste consult kan het echter bijna een jaar duren — wat zeer lang is — alvorens de therapie wordt opgestart. De Vlaamse overheid is, zoals we konden vernemen, niet meteen van plan om middelen uit te trekken om daar een oplossing aan te geven. Ze hoopt het probleem op te lossen door in feite haar verantwoordelijkheid, de bevoegdheid waar zij voor staat, door te schuiven naar de federale regering door middel van het vragen van de toepassing van artikel 107 van de federale ziekenhuiswet. Dat impliceert dat in feite psychiatrische bedden worden overgezet naar de ambulante hulp. Met andere woorden, men rekent hier op federaal geld om een oplossing te bieden voor wat naar onze inschatting toch een Vlaamse verantwoordelijkheid is.

Ik heb dan ook enkele vragen. Is er overleg geweest met uw Vlaamse collega, minister Vandeuren, over de problematiek van de ambulante zorg voor de jeugd? Wat is uw standpunt daaromtrent?

Zal het verlopen zoals minister Vandeuren in de pers heeft aangegeven? Zal de federale ziekenhuiswet gebruikt worden om een oplossing te bieden voor dit probleem?

Is er overleg geweest met de permanente werkgroep Pedopsychiatrie van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen? Wat zijn uw beleidsintenties met betrekking tot de psychiatrische afdelingen in de ziekenhuizen? Zijn hiervoor reeds bijkomende maatregelen van de Medicomut in de maak?

12.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, de toepassing van artikel 107 is een financieringstechniek die toelaat een deel van het budget van de financiële middelen van ziekenhuizen te alloceren naar de geïntegreerde ambulante zorg. Deze techniek zal toegepast worden in het kader van de hervorming binnen de geestelijke gezondheidszorg en heeft tot doel de zorg zo dicht mogelijk bij de situatie van de patiënt en zijn familie te organiseren, alsook de kansen op participatie en integratie in de maatschappij te ondersteunen.

Gelet op de beperkte middelen in de kinderpsychiatrie werd door de interministeriële conferentie van 28 oktober laatstleden ervoor geopteerd om de toepassing van artikel 107 in een eerste fase te beperken tot de middelen die voorhanden zijn in de ziekenhuizen voor de doelgroep jongvolwassenen vanaf 16 jaar. In concreto zijn dit dus bedden met een index T en A en dus niet K.

In samenspraak met mijn collega's van de Gemeenschappen en de Gewesten werd duidelijk afgesproken dat artikel 107 niet kan gebruikt worden om opdrachten van de centra GGZ te financieren. Projecten die in het kader van artikel 107 worden ingediend, zullen in de eerste plaats alternatieven aanbieden op ziekenhuisopnamen via de creatie van intensieve ambulante teams, die op hun beurt ondersteunend zullen zijn in de werking van onder andere de CGG's. Het is dan ook voor de hand liggend dat in deze projecten duidelijke afspraken worden gemaakt met de verschillende partners zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Niettegenstaande artikel 107 dus niet wordt toegepast op de K-bedden binnen de pedopsychiatrie, is er wel nood aan een aangepast globaal kader voor deze doelgroep. Door de IMC Volksgezondheid werd een werkgroep ad hoc kinder- en jeugdpsychiatrie van de NRZV belast om de voorlopige inventaris die op de IMC van 2 maart 2009 werd voorgelegd, aan te vullen en op basis van goede praktijken, zowel op nationaal als op internationaal niveau, te komen tot een concreet plan van aanpak. De werkgroep ad hoc zou de redactie van een ontwerpadvies tegen einde april 2010 moeten kunnen afronden.

In het budget voor 2010 heb ik een reeds initiatieven voorzien, zodat de behandeling voor kinderen en jongeren in het kader van het behouden in de thuissituatie kan worden georganiseerd. Een budget van 3,5 miljoen euro werd uitgetrokken voor de uitbreiding en de betere financiering van de huidige mobiele teams die behandeling aanbieden bij kinderen en jongeren thuis of in het gezinsverband, om de functie dringende psychiatrische zorgverlening te versterken en voor de lancering van projecten voor de doelgroep van kinderen en jongeren met een mentale handicap en een psychiatrische problematiek.

Naast de maatregelen die werden genomen, zoals het multidisciplinair overleg op de verpleegafdeling en voor de ambulante sector voor kinderen en jongeren in crisissituaties, om heropnames te helpen voorkomen, zijn maatregelen voor de crisisopvang in de psychiatrie voorzien in het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 2008, 2009 en 2010.

Er is in een bedrag van 265 000 euro voorzien voor 2010 voor de crisisopvang van kinderen, maar dat moet nog meer worden uitgewerkt. Het moet eerst op de agenda van de Werkgroep Inwendige Geneeskunde van de Technische Geneeskundige Raad worden geplaatst.

12.03 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw toelichting. Onze grootste bezorgdheid gaat uit naar het feit dat er tussen het eerste contact en de nabehandeling zoveel tijd ligt, waardoor de cijfers inzake zelfdoding bij de jeugd toch vrij hoog blijven.

Ik heb begrepen dat voor de opdrachten van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, waarnaar collega Vandeurzen verwees, de ziekenhuisbedden die via artikel 107 doorgeschoven worden naar de ambulante zorg, niet gebruikt kunnen worden. Ik blijf dus met mijn bezorgdheid zitten. Ik zal afwachten tot eind april en kom hier dan zeker op terug.

Volgens mij worden er nog steeds te weinig inspanningen gedaan, zowel op federaal als op Vlaams niveau. Ik meen dat er dringend ondersteuning moet komen voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Het is een probleem dat wij allen kennen en waar wij allen mee geconfronteerd worden maar waarvoor vandaag geen oplossing is.

Ik hoop tegen eind april een zeer concreet engagement te mogen vernemen van u en liefst ook van de regio's.

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

13 Vraag van mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het groeiend aantal jongeren dat zelf zijn drugs maakt" (nr. 19269)

13 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 "le nombre croissant de jeunes qui fabriquent eux-mêmes leurs drogues" (n° 19269)

13.01 Magda Raemaekers (sp.a): Ik heb u al herhaaldelijk ondervraagd over drugs en de negatieve gevolgen daarvan, en ik weet dat u er alles aan doet om de strijd tegen deze drugs een halt toe te roepen, maar blijkbaar worden de gebruikers steeds inventiever, en lijken uw inspanningen niet afdoende genoeg.

Steeds meer jongeren wagen zich er immers aan om zelf aan de slag te gaan, en hun eigen drugs, voornamelijk vloeibare XTC, of GHB, te brouwen in de achterkeuken. Dat is niet moeilijk, want het internet is daarvoor het ideale scheikundeboek om zonder al te veel moeite drugs te fabriceren.

In Mechelen is intussen een eerste bende opgerold die GHB produceerde en verhandelde. Maar liefst een tiental liter van het gevaarlijke vloeibare spul werd in beslag genomen. Volgens de parketwoordvoerder van Mechelen spreken we al lang niet meer van een alleenstaand feit. Jongeren beginnen alsmaar meer te experimenteren met allerlei producten die ze gewoon in huis vinden: zo maken ze bijvoorbeeld gebruik van ontstoppingsmiddel.

Ik denk dat we allemaal wel beseffen welke desastreuze gevolgen dat kan hebben. Gebruikers van deze zelfgebrouwde middelen riskeren in een coma te geraken, en kunnen in het ergste geval zelfs sterven.

GHB is al een hele tijd aan een opmars bezig in ons land, en vooral in het uitgangsmilieu kent het meer en meer succes. Blijkbaar krijgt men er een roes van die volgens wetenschappers erg dicht aanleunt bij een coma, waardoor al een klein beetje te veel van dat gevaarlijke spul reeds fatale gevolgen kan hebben. Ook de medewerkers van het VAD bevestigen deze trend.

Wat me het meeste verontrust is dat voornamelijk de zelfgemaakte brouwsels aan populariteit winnen. Zoals

ik al zei is het internet de ideale zelfbrouwgids. Moeilijk verkrijgbare bestanddelen worden gewoonlijk vervangen door huis, -tuin, -en keukenmiddeltjes, zoals ontstopper, maar ook parfum. Vermits GHB ook weleens de verkrachtingsdrugs genoemd wordt, is het niet uitgesloten dat we daaraan een stijgend aantal verkrachtingen kunnen koppelen.

Dat alles verontrust mij ten zeerste, mevrouw de vice-premier, vandaar dat ik volgende vragen voor u heb. Bent u op de hoogte van het groeiend aantal gebruikers van zelfgebrouwde GHB? Hebt u uw collega van Justitie, minister De Clerck, daarover al geïnformeerd in een gemeenschappelijk overleg, zodat hij op justitioneel vlak de nodige stappen kan ondernemen, en bijkomende maatregelen kan treffen? Kunt u niet in overleg met de Gemeenschappen een bijkomende preventiecampagne lanceren, die niet alleen de gevaren van drugs, maar vooral de mogelijk zwaardere gevaren van zelfgemaakte drugs in de verf zetten? Ik vrees immers dat indien we dat niet extra in de kijker stellen, er steeds meer slachtoffers zullen vallen. Denkt u dat, om snel te kunnen ingrijpen op deze verontrustende tendens, ook overleg met de gemeenschapsministers van Onderwijs noodzakelijk is, zodat er maatregelen kunnen genomen worden ten aanzien van de scholen, aangezien voornamelijk jongeren aan het experimenteren zijn?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx**: In 2003 en 2005 hebben respectievelijk 1,9 % en 1,7 % van de ondervraagden in het uitgangsmilieu in Vlaanderen vermeld dat ze GHB hadden gebruikt in het voorbije jaar. In 2007 werd een belangrijke toename vastgesteld tot 5,3 %. Een toenemende tendens werd ook vastgesteld bij de rekruten in het leger. In 2005 en 2006 hadden respectievelijk 0,44 % en 0,32 % van de kandidaten ooit al GHB gebruikt. Dat aandeel was in 2007 gestegen tot 1,08 %.

Men ziet ook een toenemende trend in de gegevens betreffende de vragen aan de telefonische hulplijnen in Vlaanderen, meer bepaald de drugslijnen. Sinds 2005 maken de vragen betreffende GHB een groter deel uit van het totale aantal gestelde vragen. In absolute zin blijft de interesse in GHB echter beperkt. Kwantitatieve gegevens betreffende de Franse Gemeenschap zijn niet beschikbaar aangezien vragen over GHB aan de telefonische hulplijn in de Franse Gemeenschap uiterst zeldzaam zijn.

Wat het aantal klinische stalen, bloed en urine betreft die in de laboratoria in België geanalyseerd worden, stelt men geen duidelijke evolutie vast in de loop van de laatste 6 jaar. Het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving heeft GHB niet opgenomen in de lijst van de substanties die opgevolgd moeten worden, omwille van de lage prevalentie van gebruik in Europa. De prevalentie van verslaving aan GHB is daarom ook niet gekend.

Sinds 2009 volgt het WIV systematisch de resultaten op van de analyses in de gespecialiseerde laboratoria in België. Wat betreft de toxicologische stalen, is er geen duidelijke trend waarneembaar met betrekking tot het relatief aandeel van de stalen die GHB bevatten in de periode van 2002 tot 2008.

Tijdens deze zeven jaren werd GHB in totaal 345 keer gevonden, meestal in vloeibare vorm.

In 2007 heeft het Antigifcentrum 402 oproepen ontvangen betreffende intoxicaties ten gevolge van druggebruik. 271 oproepen betroffen slechts één substantie. Van deze 271 oproepen betroffen 23 oproepen GHB. In Europa werden zeer weinig accidentele overdoses gevolgd door overlijden gemeld. De legitieme aanmaak van GHB valt onder het toepassingsgebied van het KB van 22 januari 1988 tot reglementering van sommige psychotrope stoffen. Dat KB preciseert uiteraard dat illegale aanmaak kan worden bestraft. Er is evenwel niet voorzien in het bestraffen van voorbereidende handelingen voor de illegale aanmaak van GHB.

De bevoegde diensten bij de federale politie en het WIV volgen de situatie al op en dit in nauw overleg. Ik zal over dit punt specifiek overleg voeren met de minister van Justitie. Ik ben eveneens van mening dat wij zoveel als mogelijk de bevolking, vooral de jongeren, moeten informeren over de risico's van het gebruik van psychoactieve stoffen, zoals GHB. Er is niettemin een globale en evenwichtige aanpak nodig waarin aandacht is voor alle stoffen. De aanpak moet ook gericht zijn op het gebruik, de gedragscomponent en de stoffen op zich.

Een efficiënte aanpak vraagt ook dikwijls andere maatregelen dan campagnes. Bovendien is preventie prioritair een taak en verantwoordelijkheid van de Gemeenschappen. Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van september 2009 heb ik met de andere ministers van Volksgezondheid afgesproken om een samenwerkingsakkoord af te sluiten voor een gemeenschappelijk beheer van het Fonds ter Bestrijding van de Verslavingen. Dat akkoord moet toelaten om gezamenlijk vernieuwende gezondheidsprojecten rond het gebruik van tabak, alcohol, illegale drugs of psychoactieve stoffen te

financieren. Ik verwacht een ontwerp van akkoord tegen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van april van dit jaar.

Wat uw voorstel van overleg betreft met de ministers van Onderwijs, zal ik niettemin de thematiek ter sprake brengen op de volgende vergadering van de algemene cel Drugsbeleid. In deze cel zetelen de vertegenwoordigers van alle ministers op alle regeringsniveaus.

13.03 Magda Raemaekers (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitvoerig antwoord. Ik kan niet anders dan zeggen dat het goed is dat er een overleg komt met de Gemeenschappen, want dit is een opkomende drug bij jongeren die zeer gevaarlijk is, die ze voor een appel en een ei zelf bij thuis kunnen maken en die ze naar believen kunnen gebruiken. Indien die jongeren niet verwittigd worden of niet geïnformeerd worden daarover, gaat dit fatale gevolgen hebben. Ik dank u niettemin, ik hoop dat ik u in april opnieuw een vraag mag stellen over de conferentie, over het overleg of over de overeenkomsten die u zult afsluiten met de Gemeenschappen.

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

14 Vraag van mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de financiering van de thuisverpleegkunde" (nr. 19284)

14 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 "le financement des soins infirmiers à domicile" (n° 19284)

14.01 Magda Raemaekers (sp.a): Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg onderzocht in samenwerking met de KU Leuven en ULB of de huidige financiering van de thuisverpleging nog steeds voldoet aan de steeds toenemende vraag. Naarmate mensen ouder worden, doen zij steeds vaker een beroep op thuisverpleging, 28 % van de 75-plussers wordt thuis verpleegd.

De uitgaven voor thuisverpleging bedragen meer dan 4 % van het RIZIV-budget en stijgen jaarlijks met gemiddeld 7 %. Oorzaken hiervan zijn de vergrijzing, de vermeerdering van het aantal chronische aandoeningen en de steeds kortere ziekenhuisverblijven. Thuisverpleging wordt in ons land door het RIZIV gefinancierd. Wij mogen dat ook niet verwarren met de thuiszorg, die onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt. Nochtans is het verschil tussen de twee in de dagelijkse praktijk niet altijd scherp afgebakend.

Volgens het onderzoek moet een goede financieringshervorming passen in de globale visie over de rollen en onderlinge relaties van gezondheidszorgfuncties. Zo kan er bijvoorbeeld worden nagedacht over hoe ziekenhuizen en thuisverpleegkundigen meer complementair kunnen werken om kwaliteitsvolle zorg aan huis aan te bieden.

De huidige financieringsvorm lijkt voor ons land het meest geschikt. Toch is er volgens het onderzoek nood aan verbetering. De meting van zorgafhankelijkheid, die als basis dient voor de prijsbepaling, is niet optimaal. Ook kwaliteitscriteria worden niet in de financiering opgenomen. Daarnaast zou de bestaande RIZIV-nomenclatuur complex en achterhaald zijn.

Voorts is er volgens het onderzoek behoefte aan een duidelijk onderscheid in de financiering van postacute en chronische zorg.

Dat zijn slechts enkele van de aanbevelingen van het KCE inzake de financiering van de thuisverpleegkunde. U wil de verpleegkundige beroepen aantrekkelijker maken. Ik sta daar volledig achter.

Hebt u intussen kennisgenomen van het onderzoek van KCE? Welke gevolgen worden hieraan gegeven?

Neemt u de eventuele herfinanciering mee naar het interministerieel overleg, zodat ook de intenties van de gemeenschappen duidelijk worden?

14.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijn diensten analyseren momenteel de studie van het KCE. Ik kan dus moeilijk een uitgebreid antwoord geven op zo korte termijn. Er zullen meer dan waarschijnlijk bijkomende

studies nodig zijn in overleg met de sector. Zoals u onderstreepte, heeft de studie betrekking op de financiering van de thuisverpleging door het RIZIV. Ik kan u nu al meedelen dat ik het advies wens van de Overeenkomstencommissie Verpleegkundige Verzekeringsorganismen met betrekking tot de aanbevelingen van de studie.

Wat betreft het verschil tussen thuisverpleging en thuiszorg, dat een bevoegdheid is van de gemeenschappen, deel ik mij dat er tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid van december jongstleden een akkoordprotocol werd ondertekend om de relaties tussen de gezondheidswerkers die zorgen voor de verpleging of de hulp aan huis en de verpleegkundigen en de personen die thuiszorg verstrekken, te verduidelijken.

De contacten worden voortgezet om te onderzoeken hoe het protocol progressief concreet op het terrein kan worden uitgevoerd. Het is evident dat de gestructureerde samenhang tussen de personen die thuiszorg geven enerzijds, en de gezondheidswerkers anderzijds concrete aanpassingen zal vereisen van hun respectieve manier van werken, van gedeelde communicatiemiddelen en van eventuele opleidingen.

Het voorstel van een agenda van de eerste etappes is gepland voor de interministeriële conferentie van april.

14.03 Magda Raemaekers (sp.a): Dank u wel, mevrouw de vicepremier. Ik zal het dossier in het oog houden en ik zal u daarvan het resultaat vragen. Ik ben blij dat u de problematiek ter harte neemt.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

15 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 tegemoetkomingen aan de patiënten met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa" (nr. 19293)

15 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 allocations pour les patients souffrant de la maladie de Crohn et de colite ulcéreuse" (n° 19293)

15.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, de ziekte van Crohn is een chronische ontstekingsziekte van de darmen die steeds vaker voorkomt. Het gaat om een ontsteking die alle delen van het spijsverteringskanaal kan aantasten. Het is een levenslange ziekte die vaak maar zeker niet altijd sluimerend begint en een langdurig, wisselend verloop met opstoten kent. Ze duikt vooral op bij mensen tussen 15 en 30 jaar maar ze kan ook vroeger of later opduiken. De ziekte is niet besmettelijk. Colitis ulcerosa onderscheidt zich van de ziekte van Crohn doordat de ontsteking zich beperkt tot de dikke darm of tot delen ervan en niet tot de andere delen van het maag-darmkanaal. In totaal lijden 30.000 Belgen aan Crohn of colitis ulcerosa. De symptomen verschillen van patiënt tot patiënt. Chronische ontstekingsziekten van de darmen worden gekenmerkt door periodes van opstoten en remissies. Meer dan een Belg op twee weet echter niet dat het voornaamste symptoom van de ziekte diarree is. Andere symptomen zijn meer gekend: buikkrampen, vermoeidheid, gewichtsverlies, verlies van eetlust en koorts. In het algemeen kan men echter zeggen dat de ziekte en de symptomen zeker niet genoeg bekend zijn bij de bevolking. Sommige symptomen zijn zeer moeilijk voor de Crohn-patiënt om openlijk voor uit te komen. Die mensen kunnen er ook moeilijk over praten. Ernstige diarree leidt daarom vaak tot sociaal isolement. Om een normaal sociaal leven te kunnen leiden moet de patiënt er onderweg zeker van zijn dat hij waar en wanneer dan ook toegang kan hebben tot een toilet.

Mevrouw de minister, daarom heb ik een vraag over het KB van 7 februari 1997. Dit voorziet dat de horecazaken de toegang tot sanitaire voorzieningen niet kunnen ontfemen aan hun cliënteel. Het zou echter bijzonder nuttig zijn als dit uitgebreid zou kunnen worden tot andere sectoren. Ik denk hierbij aan banken, winkels, apothekers enz. Daarenboven worden de patiënten geconfronteerd met verschillende kosten die niet worden terugbetaald door de ziekteverzekering. Volgens een enquête van de CM bij 383 personen die lijden aan de ziekte van Crohn bedraagt de gemiddelde kost tot 98 euro per maand. Deze extra kosten bevatten onder meer medicijnen, voedingssupplementen, vitamines enz. In onze buurlanden Nederland en Frankrijk worden die kosten, die dus een link vertonen met de ziekte, wel opgenomen.

Daarom kreeg ik van u graag een antwoord op enkele vragen. Overweegt de minister om het statuut van chronisch zieke toe te kennen aan patiënten met de ziekte van Crohn en aan de patiënten met colitis

ulcerosa? Zult u stappen ondernemen om het KB van 7 februari 1997 uit te breiden tot de andere categorieën?

Zal u een bekendmakingscampagne lanceren om de ziekte beter bekend te maken bij het grote publiek? Overweegt u, om naar analogie met de chronische aandoening coeliakie, ook voor deze groep patiënten een maandelijks forfait toe te kennen? Welke maatregelen zal u nemen om de geneeskundige kosten van deze patiënten te verminderen?

15.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, zoals u weet heeft het programma voorrang aan chronisch zieken het verbeteren van de opvang van de specifieke behoeften van de personen die aan een chronische ziekte lijden tot doel. Sommige initiatieven hebben ook betrekking op de personen die aan de ziekte van Crohn en aan colitis ulcerosa* lijden. Ik denk onder meer aan de invoering van een statuut voor de persoon die chronisch ziek is. Deze erkenning heeft tot doel de personen die getroffen zijn door een ernstige chronische ziekte te helpen om het hoofd te bieden aan hun uitgaven voor gezondheidszorg.

Het RIZIV heeft mij een voorstel overgemaakt, dat momenteel bestudeerd wordt door mijn strategische cel. In grote lijnen herneemt het voorgestelde model verschillende criteria die het mogelijk maken de personen te identificeren die een beroep doen op diverse zorgen, al dan niet specifieke, herhaaldelijke of continue en dus chronische zorgen, die herhaalde uitgaven met zich meebrengen, en dit ongeacht de specifieke chronische pathologie waaraan ze lijden.

Een werkgroep chronische darmontstekingen werd opgericht bij de raadgevende commissie voor Chronische Zieken. Deze onderzoekt de problemen waarmee de patiënten met deze ziekte geconfronteerd worden, hoofdzakelijk op basis van de vragenlijst, aangevuld door de verenigingen van de patiënten van Crohn, uit de voorafgaande enquête voor het programma Voorrang aan Chronisch Zieken. Hun verslag met concrete voorstellen en een begroting om de gedragen kosten te verminderen voor deze patiënten wordt verwacht in juni.

Momenteel is een forfait specifieke voeding voor de patiënten met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa, zoals dat bestaat voor het behandelen van coeliakie of dermatitis herpetiformis, niet overwogen. Patiënten met de ziekte van Crohn en patiënten met colitis ulcerosa kunnen naar analogie van patiënten met de chronische aandoening coeliakie echter wel genieten van een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten van enterale voeding via sonde en via parenterale voeding.

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa zijn aandoeningen die bekend zijn bij de gezondheidswerkers, onder meer de patiëntenverenigingen hebben een belangrijke rol te spelen om het grote publiek te informeren en te sensibiliseren.

In samenwerking met de specialisten hebben zij onder meer een initiatief gelanceerd om diverse zaken aan te moedigen zich bij de lijst te voegen van plaatsen die gratis hun toiletten ter beschikking stellen van de patiënten. Patiënten en zaken zijn herkenbaar aan een vignet dat ter beschikking is bij de gastro-enterologen.

Het koninklijk besluit van februari 1997 over de algemene hygiëne inzake voedingswaren werd opgeheven door het koninklijk besluit van december 2005, waarin geen verplichting staat voor de horeca toiletten ter beschikking te stellen van de klanten. Ik hou er wel aan u mee te delen dat dit dossier tot de bevoegdheid behoort van minister Laruelle en van het FAVV. Ik zal het initiatief nemen haar te informeren en om dit probleem van toegang tot het sanitair voor personen met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa door te geven.

15.03 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mevrouw de minister, dank u voor uw uitgebreide antwoord. Ik wacht tot juni op het verslag van de werkgroep die nu de problemen van die patiënten onderzoekt en die kijkt welke concrete oplossingen hun situatie kan vergemakkelijken.

U sprak over patiëntenverenigingen. Die informeren inderdaad zeer goed. Ik ken hun Crohn-vriendelijke horecazaken campagne. Maar dit is zeker niet voldoende. Immers, niet alle horecazaken doen daaraan mee. Ik wil er vooral voor pleiten dit initiatief uit te breiden tot andere sectoren, zoals banken, winkels, apothekers, enzovoort. Dit zou het sociaal isolement van die mensen kunnen verlichten. Ik verneem nu dat dit de bevoegdheid is van uw collega. Dank u dat u uw collega daarover wil aanspreken. Ik zal hetzelfde doen.

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

La **présidente**: Mme la ministre, vous restez jusqu'à 17 h 30? D'accord, c'est bien.

Toutes les questions de Mme Van Broeckhoven sont reportées à sa demande. Il s'agit des questions n^{os} 19318, 19319, 19320, 19321 et 19322. Elle est excusée pour aujourd'hui.

16 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een beroepstoelatingsexamen voor kinesitherapeuten" (nr. 19341)

- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "hangende knelpunten met betrekking tot kinesithérapie" (nr. 19342)

- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de hervervkiezing van de Nationale Raad voor kinesithérapie" (nr. 19343)

16 **Questions jointes de**

- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "un examen d'admission à la profession de kinésithérapeute" (n° 19341)

- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les questions ouvertes concernant la kinésithérapie" (n° 19342)

- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la réélection du Conseil national de la kinésithérapie" (n° 19343)

16.01 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn eerste vraag gaat over het toelatingsexamen voor kinesithérapie.

De Planningscommissie Medisch Aanbod verwerkt thans de resultaten en de conclusies van de zogenaamde MAS-studie, teneinde na te gaan hoeveel kinesitherapeuten er in de toekomst nodig zullen zijn. Er is ook een nieuwe projectie van voornoemd aantal en het aanbod. Voorts is er een en ander te doen rond het zogenaamde ingesteld compensatiemechanisme. Dat betekent dat kandidaten die vroeger voor het afstudeerexamen en toelatingsexamen voor het RIZIV slaagden, maar hun nummer niet opvroegen of niet gebruikten, konden worden gecompenseerd door mensen die buiten het contingent — 270 gegadigden voor Vlaanderen en 180 voor Wallonië —, vallen.

Na evaluatie en op basis daarvan zal moeten worden beslist of er in 2010 al dan niet een beroepstoelatingsexamen zal moeten worden georganiseerd.

Mijn vragen zijn de volgende.

Ten eerste, beschikt u al over een prognose inzake de vraag of er in 2010 een proef tot toelating voor het RIZIV-nummer zal worden georganiseerd? Voor welke Gemeenschap zou de proef worden georganiseerd of wordt de proef voor beide Gemeenschappen georganiseerd?

Ten tweede, bent u het met mij eens dat wij om morele redenen, wat ik vroeger al dikwijls heb gesteld en waarvoor ik hard heb gestreden, dringend van een toelatingsproef na de studies en de diplomering moeten afgeraken? Een dergelijke proef heeft geen zin. Wanneer mensen een diploma behalen, moeten zij kunnen werken.

Ten derde, bent u samen met mij voorstander van het opstellen van een planningmodel, waarbij van bij het begin van de studie wordt nagegaan of studenten kunnen beginnen, zodat de toelatingsproef na de studies door een toelatingsproef vóór aanvang van de studies kan worden vervangen?

Ten slotte, in de Nederlandstalige Gemeenschap is de studieduur voor kinesist vijf jaar, terwijl dit in de Franstalige Gemeenschap slechts vier jaar is. Een en ander is natuurlijk het gevolg van de autonomie inzake onderwijs. Bovendien behoort zowel het vaststellen van de opleidingsduur als het decreteren van de toelatingsproef voor de studies tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Zult u zelf initiatieven nemen om het overleg ter zake met de respectievelijke Gemeenschappen op te starten? Zo ja, welke timing zult u daarbij in acht nemen?

16.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ten eerste, de mandaten voor de Nationale Raad voor de Kinesitherapie lopen op 4 juli 2010 ten einde.

16.03 **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de minister, ik heb de vraag over het toelatingsexamen gesteld. De vraag over de Nationale Raad voor de Kinesitherapie is de laatste vraag.

De **voorzitter**: U kan in dat geval beter alle vragen samen stellen.

16.04 **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, stel ik dan meteen de drie vragen?

De **voorzitter**: Ja, ze zijn immers samengevoegd.

16.05 **Luc Goutry** (CD&V): Ik zal dan eerst mijn tweede vraag stellen over de hangende knelpunten met betrekking tot de kinesitherapie.

Steeds meer wordt de noodzaak gevoeld van een wettelijke verankering van gedragsregels en van de mogelijkheid om afwijkingen of overtredingen te sanctioneren in het beroep van de kinesitherapie. Daarom dringt de oprichting van een orde van kinesitherapeuten zich op. Hoe staat u daartegenover? Overweegt u zelf hiervoor desgevallend een initiatief te nemen?

Ik kom tot een tweede vraag. De huidige nomenclatuur kinesitherapie is onduidelijk en gebonden aan voorbijgestreefde quota. Bovendien is er ook een probleem van onverklaarbaar gebruik en het verschil van de nomenclatuur in de K en M. Er is nog altijd een verschil tussen K-waarden, in de kliniek, en de M-waarden of thuis gepresteerde prestaties. Hoever staat u momenteel met de herziening van de nomenclatuur? Welke procedure en timing wordt hierbij gebruikt?

Mijn derde vraag gaat over de mogelijkheid, onder bepaalde voorwaarden, van een directe toegang tot de kinesitherapie, dus zonder doktersvoorschrift. Dat wordt zowel bij kinesitherapeuten als bij artsen klaarblijkelijk steeds meer bespreekbaar en nuttig geacht. Hoe staat u daartegenover? Overweegt u zelf verdere acties om uit te zoeken of het in de toekomst mogelijk zou zijn dat mensen zonder voorschrift rechtstreeks bij de kinesiist terechtkomen?

Dan kom ik tot mijn derde vraag over de Nationale Raad, mevrouw de voorzitter.

De mandaten van de leden van de Nationale Raad voor de Kinesitherapie dienen binnen afzienbare tijd te worden vernieuwd. Het moet worden vermeden dat de opvolging hinder zou veroorzaken voor de werkzaamheden van de raad, die tijdig moet worden samengesteld. De raad heeft ook diverse werkgroepen, die ook verder moeten kunnen werken. Vandaar mijn vragen inzake de Nationale Raad.

Hoever staat u momenteel met de procedure voor de herverkiezing en hersamenstelling van de Nationale Raad?

16.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik zal beginnen met de derde vraag.

Wat de Nationale Raad voor de Kinesitherapie betreft, lopen de mandaten op 4 juli 2010 af. De brieven met de vraag naar voorstellen van de leden met het oog op de hernieuwing zullen daarom tussen 15 april en 1 mei door mijn administratie worden verstuurd. Ik heb geen kennis van achterstand in de Raad. Vergaderingen van twee werkgroepen en een voltallige vergadering hebben zeer recent, begin 2010, plaatsgevonden.

Een denkoefening over de noodzaak om ordes op te richten voor bepaalde gezondheidswerkers, zoals de tandartsen of de kinesiisten, verdient grondig onderzoek. Die denkoefening zal in samenwerking met de betrokken beroepsorganisaties gebeuren.

De huidige nomenclatuur voor kinesitherapie wordt geregeld aangepast en verfijnd door de Technische raad voor kinesitherapie van het RIZIV. Bovendien buigt een werkgroep van die raad zich over een nieuw concept

van de nomenclatuur. Hieruit blijkt dat een adequate registratie van de kinesitherapeutische handelingen en van bepaalde determinerende parameters, zoals de medische antecedenten, belangrijk is.

Het lijkt evident dat het mogelijk moet zijn om deze gegevens via geïnformatiseerde middelen, zoals eHealth, te verzamelen en te behandelen. Het RIZIV ondersteunt een project door een bedrag vrij te maken voor het ontwikkelen van een lastenboek voor de inhoud en de vorm van een kinesitherapeutisch dossier dat onder meer deze registratie gemakkelijker zal maken.

Deze registratie zal het zodoende mogelijk maken om de nomenclatuur te verbeteren en te rationaliseren. Tussen de nomenclatuur K fysiotherapie en M kinesitherapie zijn er inderdaad verschillen. Beide nomenclaturen beogen vaak klinische situaties waarvoor de behoeften aan behandeling sterk verschillen. Er werden initiatieven genomen om deze verschillen weg te werken, waar zij niet gerechtvaardigd zijn. Deze inspanningen worden voortgezet. In de overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsorganismen is bijvoorbeeld overeengekomen dat de commissie pistes zal bestuderen voor het organiseren van overleg tussen de partners van de verschillende betrokken sectoren om de maatregelen te preciseren die zullen aanbevolen worden aan de overheid om de opvang van de patiënten in kinesitherapie en in fysieke geneeskunde in België te optimaliseren en te harmoniseren bij identieke klinische situaties. Hiervoor is er nog geen overeenkomst. Ik zal niet nalaten om de aangekondigde maatregelen in detail te bestuderen en u mee te delen welke maatregelen er zullen genomen worden.

Voorts herinner ik eraan dat de verplichting om over een doktersvoorschrift te beschikken voor elke behandeling kinesitherapie voortspuit uit artikel 21 bis paragraaf 6 van het KB nr. 78. Elke aanpassing die men zou willen aanbrengen aan dit KB, zal moeten besproken worden in de bevoegde organen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

De verplichting om een behandeling kinesitherapie afhankelijk te maken van een doktersvoorschrift, maakt het onder meer mogelijk dat die arts de behandeling van zijn patiënt kan opvolgen. Via het voorschrift kan de arts aan de kinesiist verschillende medische inlichtingen geven, zoals contra-indicaties ten aanzien van bepaalde technieken of oefeningen. Een studie, die opgestart werd door de FOD Volksgezondheid, probeert thans via de doktersvoorschriften de kwaliteit van de communicatie tussen huisartsen en kinesiisten beter af te bakenen. De resultaten van de studie, die voor het eind van dit jaar verwacht worden, zullen het mogelijk maken om die problematiek beter te begrijpen.

Wat het examen kinesitherapie aangaat, dat toegang geeft tot de private nomenclatuur, kan ik u nu onmogelijk zeggen of het examen in 2010 georganiseerd zal moeten worden. Dat examen wordt immers alleen georganiseerd indien het aantal kandidaten de voorziene quota met meer dan 10 % overstijgt.

Het besluit dat ik in juli 2008 liet goedkeuren, heeft de quota uitgebreid van 350 naar 450 en een compensatiesysteem ingesteld voor alle RIZIV-nummers die niet gebruikt werden in de loop van de voorgaande jaren. Een besluit van september 2009 heeft die compensatie bovendien uitgebreid tot alle kinesiisten die minstens vijfhonderd prestaties per jaar uitgevoerd hebben. Het al dan niet organiseren van het examen zal dus afhangen van het aantal ingeschrevenen en van de compensatie die ingesteld werd door de twee voornoemde besluiten.

Ik heb mij al uitgesproken over dat examen. In principe ben ik voorstander van de afschaffing ervan. De planningcommissie zal eind april vergaderen om de huidige situatie te analyseren en om alternatieve oplossingen voor te stellen. Ik zal op de conclusies van de commissie wachten om mij uit te spreken. Indien een toegangsexamen wordt voorgesteld, zal ik uiteraard contact opnemen met mijn gemeenschapscollega's om een hervorming ter zake te coördineren.

Wat tot slot het aantal studiejaren betreft, klopt het dat de twee Gemeenschappen verschillende opties hebben weerhouden.

De graad van master in de kinesitherapie wordt respectievelijk toegekend na vier jaar aan Franstalige kant en na vijf jaar aan Nederlandstalige kant. Men moet noteren dat er aan Franstalige kant ook een opleiding van vijf jaar bestaat, genaamd master en sciences de la motricité.

Er moet ook aan herinnerd worden dat de federale Staat alleen verantwoordelijk is voor het vastleggen van het minimumaantal studiejaren. Elke hervorming inzake deze materie zal in elk geval alleen kunnen na overleg met de Gemeenschappen en de beroepsorganisaties.

16.07 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u uiteraard voor deze informatie.

Ik heb wel nog een vraag over het examen. Mevrouw de minister, ik wil mijn politiek statement tijdig brengen. Dit is immers een belangrijke zaak. Wij hebben ons hier in het verleden altijd sterk mee verbonden. Ik vind het ontoelaatbaar dat er na het behalen van het diploma nog examens afgelegd moeten worden. Het verheugt mij aldus dat u het daar principieel mee eens bent.

Ik maak mij wel zorgen. De prognoses zijn niet gunstig. Voor 2010 meen ik een prognose te kennen waaruit blijkt dat het voor de Franstalige Gemeenschap nodig kan zijn, en vanaf volgend jaar is het mogelijk nodig voor beide Gemeenschappen. Ik wil dit absoluut verhinderen. Ik ben blij dat u ermee bezig bent en dat u tegen de zomer meer informatie zult hebben van de belangencommissie. Ik wil absoluut vermijden dat men examens zou organiseren na de studies.

Natuurlijk geraakt het compensatiemechanisme stilaan geblokkeerd. Op een bepaald moment loopt ook dat vast. Wij zullen dus ooit de knoop moeten doorhakken, zodat er bijvoorbeeld examens komen bij het begin van de studie. Dat bestaat ook voor studenten geneeskunde of burgerlijk ingenieur. Ik meen dat iedereen zich daarin kan schikken, omdat men dan de kans heeft iets anders te kiezen.

Het is goed dat u over de hangende knelpunten nadenkt. Het is belangrijk dat wij dat samen doen. Het is al eerder gebeurd. Ooit is het idee geopperd te werken met de Hoge Raad voor Gezondheidsberoepen. Ik laat dit nu open. Ik kende graag uw mening daarover. U hebt ze mij gegeven. U hebt gezegd dat u een grondig onderzoek wil voeren in samenwerking met de beroepsorganisaties.

Wat de K- en M-waarden betreft, is het juist dat fysiotherapie en kinesitherapie niet altijd hetzelfde zijn. Soms zijn zij wel hetzelfde. Het is dus goed dat wij daaruit geraken. De K-waarde wordt verbonden met het artsenhonorarium. Dat is totaal ondoorzichtig. Ik meen dat wij daar klaarheid in moeten brengen. In die zin is het goed dat het RIZIV er volop mee bezig is. Ik volg dat op de voet.

Wat het doktersvoorschrift betreft, dat is een interessante piste, zoals u zelf aangeeft. Uiteraard zal daarvoor de wijziging van koninklijk besluit 78 nodig zijn. Het is belangrijk dat u zegt dat de studie daarover bezig is binnen Volksgezondheid. Die moeten wij inderdaad afwachten.

Dit zet misschien ook de deur open naar de fameuze wet rond de niet-conventionele beroepen, zoals osteopathie. Mensen gaan zonder voorschrift naar de osteopaat. Die is vaak ook kinesist. Vandaar is het debat verbonden met de discussie rond de fameuze niet-conventionele praktijken.

Ik neem akte van de herverkiezing van de Nationale Raad. U zegt dat de kandidaturen in april zullen worden opgevraagd. Dan zijn wij mee met de kalender. Ik hoop dat de Nationale Raad zonder vertraging kan worden samengesteld. Dat is belangrijk voor de verdere werking.

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

17 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van medicijnen als studeerdrugs" (nr. 19431)

17 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'usage de médicaments en tant que drogue favorisant l'étude" (n° 19431)

17.01 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat opnieuw over het gebruik van geneesmiddelen, zij het in dit geval over studeerdrugs.

Wij moeten jongeren jongeren laten zijn. Ik weet ook dat er tijdens het blokken altijd al, ook jaren geleden, geneesmiddelen zijn genomen. Niettemin zijn er een aantal bekommernissen. Zij zijn ook de reden waarom ik mijn vraag opnieuw wil stellen.

Minister Demotte bijvoorbeeld is in het verleden al door een aantal collega-commissieleden gevraagd hoe het nu eigenlijk zat met het gebruik door studenten van Rilatine en van andere geneesmiddelen. Hij

antwoordde toen dat hij geen specifieke gegevens over het onnodig of gevaarlijk gebruik van Rilatine had. In een aantal gevallen is het immers echt nodig dat jongeren Rilatine moeten innemen. Het middel innemen om beter te kunnen studeren, is echter niet een van de redenen om het geneesmiddel te gebruiken.

Op 28 januari 2010 getuigde een aantal studenten in het duidingsprogramma "Koppen" dat zij geneesmiddelen namen. Bekende, reeds jaren geslikte geneesmiddelen zijn Captagon en andere, gelijkaardige pepillen, Rilatine alsook een ander geneesmiddel, Provigil, een narcolepsiemedicijn.

Ik schrok van de vaststelling dat heel veel jongeren zich absoluut niet bewust zijn van de negatieve effecten van dergelijke geneesmiddelen. De aanvaarding van het gebruik van oppeppende middelen tijdens het studeren geraakt steeds wijder verspreid. Ook ondervinden studenten blijkbaar geen problemen om dergelijke middelen te verkrijgen.

Toen ik student was, ging zulks soms ook gemakkelijk. Wij hadden toen een studentenhuys in Antwerpen waar de studenten gewoon toegang toe hadden. Zij kregen van een aantal bedrijven producten of voorschriften mee. Ik heb zulks tijdens de bedoelde periode zelf kunnen ondervinden. Het was heel onrustwekkend. Ik weet niet of het genoemde studentenhuys nog steeds bestaat, maar toen gebeurde een en ander wel op voornoemde manier.

Het is een gegeven dat een aantal artsen dergelijke geneesmiddelen, zowel gewone pepmiddelen als Rilatine, heel snel meegeeft. De diagnose voor het voorschrijven van Rilatine is normaal voor een aantal andere aandoeningen en de arts moet dan ook zeker zijn dat het al dan niet mag worden meegegeven.

Ik heb daarom de volgende vragen voor u.

Hebt u een zicht op de omvang en de toename van het oneigenlijke gebruik van stimulerende geneesmiddelen in het algemeen door studenten? Hebt u ook een zicht op de toename van het gebruik van Rilatine in het bijzonder bij voormelde groep?

Indien er een enorme toename van het gebruik van Rilatine of van stimulerende geneesmiddelen bij de bedoelde jongeren is, plant u dan een campagne, zeker specifiek aan de onderwijsinstellingen en de studenten gericht? Bent u in voorkomend geval ook van plan om acties te ondernemen ten opzichte van de artsen die waarschijnlijk in de buurt van de universiteiten aanwezig zijn en die de genoemde middelen zonder het stellen van de bijhorende diagnose voorschrijven?

17.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Evenals mijn collega, minister Demotte, beschik ik thans niet over gegevens betreffende het gebruik van centrale stimulantia zoals rilatine, captagon of provigil. Aangezien niet voor alle afleveringen van voorschriften voor geneesmiddelen op basis van methylfenidaat in een tussenkomst van het RIZIV voorzien is, beschik ik niet over gegevens die het mogelijk maken het aantal voorschriften buiten de goedgekeurde therapeutische indicaties te becijferen. Ik heb ook geen enkel cijfer over het aandeel van bijvoorbeeld studenten die tijdens de examenperiode dergelijke middelen zouden slikken.

Je me doute qu'ils sont nombreux.

Zoals ik reeds gezegd heb naar aanleiding van een vorige vraag, moet de problematiek op een multidisciplinaire manier worden aangepakt door de verschillende federale, gewestelijke en gemeenschapsautoriteiten bevoegd voor gezondheid en preventie om tot gezamenlijke maatregelen te komen. Daarom heb ik gevraagd om het punt op de agenda van de cel Gezondheid, Drugs te zetten. Het dossier zou tijdens de vergadering van september 2009 besproken worden. In 2010 dient door de Hoge Gezondheidsraad een advies verschaft te worden over het voorschrijven en het gebruik van methylfenidaat en aanverwante behandelingen. Die geneesmiddelen zijn verkrijgbaar op medisch voorschrift.

Ik denk niet dat het nodig is het gebruik van methylfenidaat door studenten te stigmatiseren. Een campagne gericht op studenten moet veeleer betrekking hebben om het aannemen van goede leefgewoonten tijdens de examenperiodes, namelijk rustpauzes, voeding, gebruik van geneesmiddelen en voedingssupplementen.

Ik herhaal hier dat het voorschrijven van methylfenidaat en fenetylline reeds speciaal gereguleerd wordt, aangezien met toepassing van het KB van 22 januari 1998 tot reglementering van sommige psychotrope stoffen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies artsen die dergelijke

psychotrope stoffen voorschrijven, ertoe gebracht kunnen worden hun voorschrijfgedrag te rechtvaardigen voor de provinciale geneeskundige commissie.

17.03 Maya Detiège (sp.a): Dank u wel voor het antwoord. Het is een oud zeer en blijf spijtig dat er enkel goede cijfers zijn over de geneesmiddelen met tussenkomst. Als wij die cijfers echt willen, moeten wij misschien een enquête bij jongeren organiseren. Ik denk dat zij hiertegen geen bezwaar zullen hebben als die anoniem gebeurt. Uiteindelijk is het ook in hun voordeel om hierop enig zicht te krijgen.

Goede leefgewoonten bij studenten promoten, is misschien wel mogelijk, maar we moeten daarin toch realistisch zijn. Ik denk dat het vooral belangrijk is dat zij weten wat de bijwerkingen zijn van die producten. Mijn bezorgdheid heeft vooral te maken met de verschuivingen. Het gamma dat zij willen gebruiken, wordt steeds breder. Studenten zijn jong en zij willen experimenteren. Zij willen vooral ook slagen in hun examens.

Ik ben wel blij verrast dat de cel Gezondheidsdrugs de problematiek bespreekt. Dat wil zeggen dat het op de agenda staat en dat de Hoge Gezondheidsraad advies zal uitbrengen. Ik ben heel benieuwd naar zijn antwoord en zal daarop dan opnieuw reageren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de Mme Françoise Colinia à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation du titre de 'clinique'" (n° 19432)

18 Vraag van mevrouw Françoise Colinia aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van de titel 'kliniek'" (nr. 19432)

18.01 Françoise Colinia (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai été interpellée récemment par un dermatologue au sujet de certains établissements qui arborent la dénomination de "clinique", notamment de "clinique du cheveu". Ces établissements sont référencés dans des moteurs de recherche à la rubrique "clinique" alors qu'aucune preuve n'a été établie qu'un médecin y travaillait effectivement. Pourriez-vous me renseigner sur la valeur légale du titre "clinique"? Avez-vous déjà envisagé de protéger ce terme légalement afin d'éviter que n'importe qui se l'approprie à sa guise?

En outre, déontologiquement, un médecin ne peut exercer sa profession dans un cadre commercial. Pourtant, dans les cliniques du cheveu par exemple, des services tels que la vente de perruques et la coloration des cheveux sont pratiqués. Ces services peuvent difficilement être assimilés à une pratique médicale comme le sous-entendrait le terme de clinique.

Avez-vous déjà envisagé des mesures pour éviter les dérives liées à l'utilisation inadéquate du terme et avez-vous prévu d'offrir un cadre légal à l'utilisation de ce titre?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, à la différence de celui d'"hôpital", le terme de "clinique" ne dispose ni de protection ni de définition juridique. Il est utilisé par certains hôpitaux agréés comme par des établissements privés; vous avez raison. La Belgique ne dispose pas de normes de qualité pour les cliniques non hospitalières. Ces cliniques privées ne tombent pas sous le champ d'application de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, dont l'article 2 définit le terme "hôpital". Il ne s'agit pas d'institutions agréées en vertu des normes d'agrément des hôpitaux.

Lorsque ces établissements délivrent des prestations de santé, les règles de déontologie, la législation relative aux droits du patient, le devoir général de précaution issu du Code civil sont autant d'exemples de dispositions qui dressent un cadre légal et réglementaire à leur action, de même qu'à celle des praticiens professionnels de la santé qui y exercent.

Par ailleurs, si un établissement prétendait expressément être un hôpital agréé alors qu'il s'agirait en fait d'un établissement privé ne répondant pas aux normes d'agrément, il pourrait être sanctionné pour publicité mensongère. La publicité pour l'exercice des actes visés par l'arrêté royal 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé est également condamnable.

Mes services étudient actuellement la question complexe d'un renforcement du cadre légal que je viens

d'évoquer, notamment sur la base d'un projet de loi que les commissions médicales m'ont proposé. À cette occasion, rien n'empêche de réfléchir à une limitation de l'usage de certaines terminologies pouvant prêter à confusion.

Je vous rappelle que tout praticien professionnel qui pratique dans une telle clinique au sens de l'arrêté royal 78 doit évidemment respecter tant la législation que la déontologie qui s'appliquent à cette profession. Ceci dit, vous ne m'interpellez pas tant sur ces cliniques employant des médecins que sur celles qui ne posent pas d'actes médicaux en tant que tels. À partir du projet de loi dont je viens de vous parler, j'examinerai si nous pouvons en profiter pour protéger le terme "clinique". Il faudra réfléchir à la manière.

18.03 Françoise Colinia (MR): Dans l'intercommunale montoise Ambroise Paré, dont je suis vice-présidente, nous essayons de monter une clinique du sein. Il serait alors plus judicieux de parler d'hôpital du sein, si je comprends bien.

18.04 Laurette Onkelinx, ministre: Non. Les termes "clinique du sein" sont bien connus. D'ailleurs, pour qu'un établissement soit reconnu comme tel, il doit respecter certains critères.

18.05 Françoise Colinia (MR): Je vous remercie.

18.06 Laurette Onkelinx, ministre: On ne peut pas empêcher pour le moment qu'il y ait des cliniques des ongles de pieds!

18.07 Françoise Colinia (MR): Ou même de la chaussure. Enfin, c'était une métaphore!

Je suis allée dans une clinique du cheveu, à la suite d'une demande d'un dermatologue. Aucun médecin n'y travaille. Des gens s'y rendent en s'imaginant qu'ils profiteront de techniques contre la calvitie qui seront moins onéreuses que chez un dermatologue.

18.08 Laurette Onkelinx, ministre: Pour qu'on puisse parler de clinique, certains actes sont nécessaires, sont reconnus dans la nomenclature. C'est néanmoins facile à contourner. Pour la clinique du sein, des règles européennes sont appliquées.

18.09 Françoise Colinia (MR): À partir du moment où les actes posés sont reconnus, pensez-vous que cela soit envisageable aussi pour la clinique du cheveu?

18.10 Laurette Onkelinx, ministre: Bien sûr.

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

19 Question de Mme Françoise Colinia à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le laser, traitement médical proposé par les non-médecins" (n° 19433)

19 Vraag van mevrouw Françoise Colinia aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de laser, medische behandeling aangeboden door niet-artsen" (nr. 19433)

19.01 Françoise Colinia (MR): Madame la ministre, le domaine de l'esthétique connaît de nombreuses dérives qui peuvent avoir de graves conséquences sur la santé des personnes qui y recourent. Je voudrais aborder aujourd'hui le thème particulier de l'utilisation du laser et de la lumière pulsée.

Ces deux techniques permettent par exemple le traitement de la couperose, des taches brunes sur la peau et l'élimination permanente des poils. L'utilisation de ces techniques requiert une formation spécifique et approfondie. Or, alors que l'utilisation du laser de classe 4 a été légalisée, ne permettant qu'aux docteurs en médecine de l'utiliser, aucune réglementation n'a été mise en place pour la lumière pulsée. Par conséquent, des personnes non expérimentées, comme les esthéticiennes, certains tatoueurs, certaines professions paramédicales, les utilisent en mettant parfois en danger la santé des personnes traitées.

Madame la ministre, avez-vous déjà été informée de cet état de fait? Allez-vous ou avez-vous déjà envisagé

des mesures qui permettraient de légaliser l'utilisation de ces appareils? Avez-vous déjà eu des contacts avec des médecins autorisés à utiliser ces appareils pour écouter leurs revendications à ce sujet? Avez-vous envisagé de définir un cadre légal pour l'exercice de la médecine esthétique? Je pense notamment à permettre à une seule catégorie de médecins (dermatologues et/ou chirurgiens plasticiens) l'accès à ces traitements esthétiques.

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cette question n'est pas simple.

On s'est en effet souvent demandé en commission si les actes purement esthétiques devaient faire l'objet d'une réglementation particulière, notamment en ce qui concerne les prestataires des soins.

En l'état, tout ce que je peux vous dire c'est qu'il existe un arrêté, le fameux arrêté 78, qui en son article 2 stipule ceci: "Nul ne peut exercer l'art médical s'il n'est porteur du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchement, obtenu conformément à la législation sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires ou s'il n'en est légalement dispensé et s'il ne réunit pas en outre les conditions imposées à l'article 7. Constitue l'exercice illégal de l'art médical l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas les conditions requises par l'alinéa 1 de tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet à l'égard d'un être humain soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution de traitements d'un état pathologique, physique ou psychique réel ou supposé, soit la vaccination".

À partir de là, il n'est donc pas évident de se prononcer sur la question de savoir si l'utilisation d'un laser en l'absence de pathologie relève ou non de l'art médical.

S'il y a maladie et traitement curatif, c'est clair: alors, seuls les médecins peuvent appliquer le traitement au laser. Dans les autres cas, la question reste ouverte et fait actuellement débat, puisqu'il n'y a pas de législation claire en la matière.

Dans le cadre du "détatouage" au laser, j'ai interrogé tout récemment le Conseil supérieur de la Santé sur la question de savoir quelles étaient la formation et les compétences nécessaires pour l'utilisation des appareils de détatouage, à savoir le laser. J'espère ainsi pouvoir avancer dans ce dossier quand j'aurai obtenu l'avis complémentaire du Conseil supérieur de la Santé sur la question plus spécifique de la formation.

En effet, pour rappel, le Conseil a déjà considéré dans un avis relatif à l'utilisation du laser dans le cadre de l'épilation que la pratique d'un traitement au laser est un acte médical et que, pour cette raison, il convient de réaliser un examen clinique avant chaque traitement. Le Conseil supérieur considère néanmoins que l'utilisation de ce type d'appareil à des fins esthétiques (épilation) pourrait être autorisée à un praticien spécialiste en soins d'esthétique ou paramédicaux, pour autant qu'il ait reçu une formation spécifique dans ce domaine et sous réserve qu'aucune contre-indication n'ait été constatée préalablement par un médecin.

19.03 Françoise Colinia (MR): Et, par exemple, pour les taches sur la peau où il ne s'agit pas réellement de pathologie? Nous, les femmes, sommes très sensibles à notre apparence. Ces taches sur la peau ne sont pas vraiment une pathologie, elles ne sont pas reconnues par un médecin ...

La présidente: Chère collègue, vous avez la réponse et vous devez l'interpréter. Madame la ministre, je pense que beaucoup de questions portent sur les soins esthétiques: quelle est la limite, que peut-on admettre ou non, quels sont les droits de ces praticiens?

19.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne souhaite pas être protocolaire, mais je tiens à dire simplement que si l'on diminuait le nombre de questions en commission, on pourrait organiser de grands débats avec des spécialistes sur l'encadrement des soins esthétiques.

19.05 Françoise Colinia (MR): Cela dépend de la présidente.

La présidente: Non, le nombre de questions ne dépend pas de moi. Je reste tout à fait ouverte à inscrire des débats à l'ordre du jour, mais il faut absorber toutes ces questions.

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

20 Vraag van mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de opinie van het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding in verband met het dragen van een hoofddoek tijdens de stage verpleegkunde" (nr. 19453)

20 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 "l'opinion du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme à propos du port du voile au cours du stage de l'art infirmier" (n° 19453)

20.01 **Martine De Maght** (LDD): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het is ondertussen al een tijdje geleden dat de vraag is ingediend. Toen was het zeer actueel, maar ik heb tot vandaag nog altijd geen antwoord op de vraag gekregen.

Een aantal moslima's zouden de tweede module van hun studie verpleegkunde doorlopen, maar geen stageplaats vinden, met als aangeduide reden het dragen van een hoofddoek. Wie geen stage loopt, kan onmogelijk een diploma verpleegkunde halen. Ziekenhuizen vinden het dragen van een hoofddoek niet hygiënisch, zo werd geciteerd, maar de studentes zijn van mening dat het louter om discriminatie en zelfs racisme gaat.

Het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding treedt de mening van de kandidaat-verpleegkundigen bij en noemt het zelfs zeer ernstig.

Ik zou van de minister graag een antwoord op de volgende vragen krijgen.

Deelt u het standpunt van het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding of moeten de algemene richtlijnen omtrent hygiëne in de ziekenhuizen a priori worden gerespecteerd?

Is er overleg gepleegd met ziekenhuishygiënist(en) omtrent de hoofddoekenkwestie in de ziekenhuiswereld, in de ziekenhuizen als dusdanig en in andere verzorgingsinstellingen?

Is er effectief sprake van discriminatie? Zijn er klachten gevolgd?

Welk signaal zal de minister geven aan de bedoelde stageplaatsen, met name de ziekenhuizen waarvan sprake?

20.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, vanuit het perspectief van de ziekenhuishygiëne zijn er volgens de huidige stand van de kennis geen objectieve argumenten om het dragen van een hoofddoek te verbieden. Het dragen van een hoofddoek mag echter geen excuus zijn om zich aan de voorgeschreven beschermingsmaatregelen te onttrekken. Het dragen van de hoofddoek vervangt op geen enkele wijze de in de reglementen voorgeschreven handschoenen en/of maskers tijdens specifieke medische en paramedische activiteiten. De hoofddoek die zou worden gedragen, moet dus aan dezelfde eisen van netheid en vervanging voldoen als de werkkleding.

Ik herinner er trouwens aan dat in het kader van de ziekenhuishygiëne en de preventie van de overdracht van besmettelijke aandoeningen in de ziekenhuizen, een strikte handhygiëne noodzakelijk is. In dat kader kan een eventuele weigering om korte mouwen te dragen niet worden aanvaard door het ziekenhuis, omdat er in dat geval objectieve hygiënische argumenten voor zijn.

Het is dus evident dat de ziekenhuizen zich niet kunnen beroepen op hygiënische aspecten om het dragen van een hoofddoek op de werkplaats te verbieden. Het weigeren van een stageplaats, louter op basis van dat argument, is dus niet legitiem.

Ik onderstreep echter nogmaals de belangrijke rol van de scholen die een opleiding voor verpleegkundigen aanbieden. Het is van groot belang dat er tijdens de opleiding voldoende informatie over ziekenhuishygiëne wordt verschaft. Dat kan immers de kandidaat-verpleegkundige motiveren om zich te schikken naar een aantal hygiënische maatregelen, waarvan niemand nog het belang voor de volksgezondheid ontkent.

20.03 **Martine De Maght** (LDD): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord, maar ik heb wel niet op al mijn vragen een antwoord gekregen. Erkent u effectief dat er bij die weigeringen sprake was van

discriminatie? Gaat u een signaal geven aan die stageplaatsen? Ik onthoud in alle geval en dat vind ik zeer belangrijk, dat u toch wel van oordeel bent dat er maskers en handschoenen gedragen moeten worden waar het nodig is en dat het in feite niet kan dat men daar de hoofddoek blijft dragen. Op dat ogenblik moet de hoofddoek vervangen worden door die hoofdmaskers, die verplicht zijn in het kader van de hygiëne onder andere bij operaties.

Ik vind het jammer dat ik niet op alle vragen een antwoord heb gekregen, maar ik zal er zeker nog op terugkomen.

De **voorzitter**: Ik dacht dat het evident was.

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

21 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Mia De Schamphelaere aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de toepassing van de afgesproken beperking voor artsen" (nr. 19473)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de toepassing van de artsenquota" (nr. 19476)

21 **Questions jointes de**

- Mme Mia De Schamphelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'application de la limitation convenue du nombre de médecins" (n° 19473)

- 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'application des quotas de médecins" (n° 19476)

De **voorzitter**: Mevrouw De Schamphelaere is afwezig. Daarover heb ik geen nieuws.

21.01 **Koen Bultinck** (VB): Ik wil nog even terugkomen op het dossier van de contingentering, de fameuze toepassing van de artsenquota. Zoals u en de commissieleden ongetwijfeld weten, tracht de federale regering sinds 1995 het aantal artsen dat een praktijk mag starten, te beperken. Anderzijds beperken de gemeenschappen het aantal studenten, aangezien onderwijs een gemeenschapsbevoegdheid is.

Ik heb een aantal cijfers, die door het Vlaams Geneeskundigenverbond bij de universiteiten zijn opgevraagd, op de kop kunnen tikken. Daaruit blijkt dat men maar matig slaagt in de beperking van het aantal studenten. Bij het begin van het academiejaar zijn er in de Franse Gemeenschap 2 608 studenten gestart. Grosso modo kunnen we stellen dat een duizendtal onder hen de eindstreep zullen bereiken en het diploma van arts halen. In de praktijk, volgens de geldende contingentering, mogen er slechts 492 op het einde van de rit overblijven. In de Vlaamse Gemeenschap zijn er 1 034 studenten gestart. Volgen we de logica, dan zullen er grosso modo 800 studenten de eindstreep bereiken. Op basis van de contingentering hebben wij er 738 nodig.

De artsenquota en contingentering werden regelmatig versoepeld. Dat gebeurde dikwijls op vraag van de Franse Gemeenschap. In 2008 besliste de federale regering dat het overtal van studenten dat de studies was begonnen, zich mocht vestigen. Men zou het aantal aftrekken van het aantal dat in de periode 2009-2018 zou worden toegelaten.

Kunt u duidelijk aangeven hoe die regel van overtal voor elke gemeenschap tot op heden is toegepast?

Hoe ziet u het dossier van de artsenquota verder evolueren?

Het probleem is dat men, zeker in een bepaalde gemeenschap, veel te veel geneeskundestudenten laat starten, terwijl wij er volgens de contingentering minder nodig hebben.

In welke mate is daarover met de betrokken gemeenschappen overlegd, al was het maar om hun duidelijk te maken dat het de bedoeling is om het aantal studenten voor die medische beroepen te beperken?

21.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, eest herinner ik eraan dat de federale Staat alleen verantwoordelijk is voor het aantal RIZIV-nummers dat bij het einde van de studies wordt uitgereikt.

Zoals u weet, werd de contingentering progressief verhoogd, van 750 naar 1 230, met een mogelijk afvlakkingssysteem tussen 2009 en 2018.

De planningscommissie analyseert thans de resultaten van de enquête "specialisten" en de bijkomende enquête "huisartsen" om mij te informeren over de eventuele noodzaak om de algemene quota en de specifieke minimumquota van de verschillende specialisten te doen evolueren. De selectie van de studenten is daarentegen een gemeenschapsbevoegdheid.

Aan Nederlandstalige kant heeft men enkele jaren geleden geopteerd voor een bekwaamheidsexamen bij de aanvang van de studie. Er moet aan herinnerd worden dat dit examen geen wedstrijd is en niet gebaseerd is op de federale contingentering. Aan Franstalige kant opteerde men eerst voor een examen bij het einde van het eerste jaar, wel gebaseerd op de contingentering. De Franse Gemeenschap heeft daarna besloten om een moratorium van twee jaar in te stellen. Men kan de cijfers van de studenten van het eerste jaar van het noorden en het zuiden van het land dus niet met elkaar vergelijken.

Rekening houdend met het bekwaamheidsexamen aan Nederlandstalige kant kan men ervan uitgaan dat 85 % van de geselecteerde studenten de studies zal beëindigen, wat 880 toekomstige artsen betekent, voor een quota van 738. Bij de Franstaligen stelt men vast dat plusminus 25 % van de studenten in het eerste jaar geneeskunde slaagt, wat tot een raming leidt van circa 600 toekomstige artsen, voor een quota van 492. U zult dus vaststellen dat deze overschrijdingen zich waarschijnlijk in dezelfde verhouding voordoen in het noorden en het zuiden van het land.

Ik herinner eraan dat niet alle artsen met RIZIV-nummers zullen werken. Ik geef twee voorbeelden. Er is thans een duidelijk tekort op het vlak van preventieve geneeskunde en op het vlak van de onderzoekssector, sans compter ceux qui s'expatrient.

Ik blijf uiteraard over al deze onderwerpen in contact met de bevoegde communautaire ministers en, meer in het bijzonder, met de ministers bevoegde inzake hoger onderwijs.

21.03 Koen Bultinck (VB): Ik stel uiteraard vast dat u een technisch antwoord geeft met andere cijfergegevens dan dewelke waarover ik zelf kon beschikken. Het is bijna merkwaardig toeval dat u tot cijfers komt die in de buurt liggen van de quota die we in beide Gemeenschappen nodig zouden hebben.

Ik heb nog een technische bijkomende vraag, mevrouw de minister. U wacht op de hangende studie van de planningscommissie. Binnen welke afzienbare tijd zouden we zicht kunnen krijgen op de studie? Die is belangrijk, omdat ze voor een stuk de debatten zou kunnen objectiveren.

Op het terrein stellen we wel degelijk vast dat de contingentering op zijn zachtst uitgedrukt niet overal op dezelfde manier toegepast wordt. Het zou bijgevolg goed zijn, mochten we stilaan kunnen beschikken over een objectieve studie met betrekking tot de planningcommissie, te meer omdat men in het veld hier en daar wel degelijk erkent dat er een tekort aan artsen en specialisten in een aantal deelsectoren dreigt. Het zou goed zijn als het debat snel geobjectiveerd kan worden.

Dat twee gemeenschappen ter zake een ander beleid voeren, is uiteraard hun recht, aangezien het een gemeenschapsbevoegdheid betreft, maar op die manier wordt het op een bepaald moment natuurlijk moeilijk om een consistent beleid te voeren. Het wordt dan twijfelachtig of we de contingentering moeten behouden, als men zegt dat er toch een aantal achterpoortjes in het systeem blijven bestaan.

Ik zou echter al tevreden zijn mocht u mij iets exacter kunnen zeggen wanneer we de studie van de planningscommissie dan concreet kunnen verwachten.

21.04 Minister Laurette Onkelinx: (...) op korte termijn (...)

21.05 Koen Bultinck (VB): Mocht u zo vriendelijk willen zijn, mevrouw de minister, de tekst te laten bezorgen aan de leden van de commissie. Dat kan zeer nuttig zijn.

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

22 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales

et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les résultats de la campagne nutrition-santé" (n° 19483)

22 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de resultaten van de voedings- en gezondheidscampagne" (nr. 19483)

22.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, voici deux ans, nous avons abordé en commission la politique de sensibilisation à une meilleure hygiène alimentaire à destination des Belges dans le cadre de la campagne d'information "Nutrition-Santé". La campagne menée avait pour but d'améliorer la nutrition en nature et en qualité, préconisant par exemple le sel iodé en lieu et place d'un sel classique, la consommation de fruits et légumes en plus grande quantité et plus variée, mais aussi la pratique d'exercices physiques.

Madame la ministre, où en est-on aujourd'hui en ce domaine? Quel impact cette campagne a-t-elle eu, notamment du point de vue de l'obésité, problème de plus en plus grave? Quid des autres pathologies liées à une alimentation équilibrée? Les comportements de nos concitoyens sont-ils en train d'évoluer de manière positive et notable? J'en doute, mais nous verrons ...

Dans quels domaines est-il souhaitable de progresser encore? Quelles adaptations sont-elles nécessaires à une amélioration-optimisation de cette campagne? Comptez-vous militer pour la mise en œuvre d'une politique de sensibilisation commune à l'échelle de l'Europe - ce problème de santé publique concernant tous les pays européens - pendant la présidence belge de l'Union? Comme il en va traditionnellement, ce problème nous vient des États-Unis.

La **présidente**: Je note le "traditionnellement"!

22.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je ne le dirai pas à l'ambassadeur des États-Unis.

22.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Vous le pouvez.

22.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le député, le Plan National Nutrition Santé se situe dans une période charnière. En effet, la première phase s'achèvera à la fin de cette année. L'évaluation se déroulera tant sur le plan interne qu'externe. Elle sera présentée en fin d'année à l'occasion d'une conférence d'experts sous présidence belge en partenariat avec la DG Sanco de la Commission européenne. Dans ce contexte, la DG présentera le rapport d'avancement de la stratégie du livre blanc sur la nutrition.

Je puis déjà vous communiquer que le Plan National constitue une initiative positive, car un cadre de référence unique a été créé en termes de repères nutritionnels pour la population. Beaucoup d'actions ont été menées à bien:

- publication de guides nutritionnels;
- lancement d'un site internet d'informations et de campagnes plus ciblées comme celles portant sur la réduction du sel, la normalisation de l'allaitement maternel dans la société ou encore l'alimentation des enfants de 0 à 3 ans;
- création d'outils pour les professionnels de la santé tels que la charte nutritionnelle pour les maisons de repos;
- rédaction d'un document de consensus sur les instruments de dépistage de la dénutrition ou sur l'activité physique, etc.

Je puis aussi parler de la mise en place d'une *task force* sur la réduction du sel avec l'industrie alimentaire, la grande distribution et les experts scientifiques, qui a abouti à un engagement concret pour 2012 impliquant une baisse de 10 % de la consommation en sel. De plus, un accord avec le secteur du pain a été signé en vue d'enrichir les miches avec du sel iodé.

Il y a aussi un investissement dans des études visant à évaluer le statut en micro-nutriments des Belges, le taux d'allaitement des bébés, etc. La liste des actions réalisées est longue et je ne peux la détailler maintenant.

Les comportements alimentaires des citoyens ont-ils évolué positivement depuis le lancement du Plan National Nutrition Santé? J'aimerais vous répondre par l'affirmative. Mais vu la multifactorialité des causes et des solutions, par exemple de l'obésité, l'équation serait bien trop simple.

En 2004, nous avons financé une étude sur les habitudes alimentaires des Belges auprès de l'Institut de santé publique. Afin de voir si les habitudes ont changé depuis, il faudrait mettre en œuvre une autre étude de consommation.

En ce qui concerne l'optimisation du Plan National Nutrition Santé et sa poursuite pour une nouvelle période de cinq ans, les changements de comportement alimentaire et de styles de vie sont des processus qui comprennent différentes étapes, dont des phases de régression. Il est donc nécessaire de poursuivre nos actions, afin que les messages de santé soient intégrés par nos concitoyens, y compris les plus démunis. Nous préparons à cet égard l'écriture du prochain volet du Plan National Nutrition Santé.

De nombreuses questions sont relatives à la nutrition et à la santé. Étant donné que la première phase du plan 2006-2010 arrive à échéance, il serait opportun d'entendre, au sein de notre commission, l'équipe qui travaille concrètement sur le plan. Ce serait une bonne idée pour être au courant de tout ce qu'ils font, mais pour qu'ils soient au courant aussi de vos critiques ou de vos interrogations, parce qu'il y a une mauvaise information. Cela les aidera aussi pour la rédaction du prochain Plan National Nutrition Santé.

22.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, la question est d'autant plus d'actualité qu'en raison de la crise, la population a tendance à mettre de côté la variété alimentaire, notamment les fruits et les légumes, au profit du "néfaste *food*" et au détriment du *slow food* que je préfère. Je ne peux donc que relayer ce que je comptais demander, mais la présidente y veillera sans aucun doute, car il s'agit d'un de ses dadas.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

23 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les risques de santé publique en matière de lutte contre le tabac" (n° 19484)

23 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de gevaren voor de volksgezondheid op het vlak van tabaksbestrijding" (nr. 19484)

23.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je vous sais également très férue à cet égard. Madame la ministre, le Champix et autre Zyban ont un temps été promus comme la panacée en matière de sevrage du tabac. En ces temps où nombre de nos concitoyens sont amenés à modifier leur rapport au tabac, nul doute que, parmi tant d'autres, ces produits seront utilisés par certains d'entre eux. En effet, toute une panoplie de produits de désaccoutumance semblent être des substituts au tabac, dont on peut à juste titre s'inquiéter qu'ils entraînent à leur tour, eux aussi, une addiction.

Ce marché est si intéressant que certains praticiens dénoncent l'élaboration de ces produits qui, sous prétexte de faciliter l'arrêt du tabac, tentent de mettre en place une stratégie marketing, ressemblant à celle de l'industrie du tabac en son temps, en faveur du tabac. Une pression de plus en plus forte poussant à la consommation chronique de substituts ou aides à l'arrêt présentés comme incontournables si l'on veut arrêter de fumer – la volonté étant présentée comme inopérante pour stopper le tabac – risque d'amener, à terme, à une pharmacodépendance aux produits de sevrage. Si celle-ci permettra à l'industrie pharmaceutique de se refaire une santé, ce ne sera pas une plus-value en termes de politique de santé publique, notamment si ces traitements sont remboursés en tout ou partie.

Or, avec le recul, il semblerait que ces traitements n'aient pas que les effets bénéfiques escomptés en matière de désaccoutumance au tabac. Les effets secondaires du Champix, par exemple, sont un état dépressif sévère, des angoisses pouvant mener jusqu'au suicide. Des cas se sont produits en France et en Grande-Bretagne. Un projet de vaccin à partir des mêmes molécules est en cours d'élaboration avec les mêmes risques d'effets secondaires. Par conséquent, nous pouvons nous inquiéter plus encore de cette dérive potentielle, dangereuse pour la santé des fumeurs.

Madame la ministre, une étude sérieuse est-elle en cours en Belgique ou à l'échelon européen pour vérifier l'innocuité ou la possible toxicité des traitements en question? Quelle position avez-vous arrêtée afin de garantir la sécurité de nos concitoyens en matière de santé publique? Il faut surtout une bonne information, des moyens plus doux, moins onéreux et surtout moins addictifs? Quelles tendances se dessinent-elles en

Belgique en particulier, et en Europe en général? Comptez-vous aborder cet aspect de la lutte contre le tabac au Conseil des ministres de la Santé publique lors la présidence belge de l'Union européenne?

23.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, il est démontré que les interventions médicamenteuses augmentent le taux de réussite du sevrage tabagique d'environ 10 à 20 %, lors de l'évaluation après 6 à 12 mois, en comparaison avec l'absence de traitement.

Comme c'est le cas pour tous les médicaments mis sur le marché en Europe, le Bupropion (le Zyban) et la Varinicline (le Champix) font l'objet d'une surveillance permanente via le système de pharmacovigilance.

Vous soulevez notamment le risque de dépression avec le Champix. Il s'agit effectivement d'un effet indésirable bien décrit et qui figure d'ailleurs clairement dans le résumé des caractéristiques du produit qui est destiné aux professionnels de la santé et dans la notice qui est destinée aux patients. En outre, en décembre 2007, la DG Médicaments du SPF Santé publique, devenue entre-temps Agence des médicaments, a publié un communiqué sur son site internet pour informer de ce risque de dépression.

Vous évoquez aussi le risque de pharmacodépendance aux médicaments utilisés dans le sevrage tabagique. La notice du Champix mentionne effectivement qu'à la fin du traitement, l'arrêt de Champix a été associé à une augmentation de l'irritabilité – notez que même ceux qui arrêtent sans médicaments sont irritables –, de l'envie de fumer, de la dépression et/ou de l'insomnie pour tout au plus 3 % des patients.

La notice du Zyban mentionne que des réactions de sevrage ne sont pas attendues avec ce médicament mais qu'un arrêt progressif du traitement peut être envisagé.

Il me semble donc que ces effets indésirables sont correctement repris dans l'information mise à la disposition des professionnels de la santé et du patient.

Quant au développement d'un vaccin, d'après les informations dont je dispose, une étude est en cours en Europe. À ce stade, il est difficile de connaître le bénéfice et les risques associés à ce vaccin. Il faudra attendre de disposer des résultats de l'étude et d'autres études qui seront effectuées dans le futur si le vaccin s'avère prometteur.

Lors de notre présidence, il n'y aura pas d'activité spécifique autour des médicaments qui peuvent aider le consommateur à arrêter de fumer mais il y a des négociations au niveau de la Conférence internationale pour la convention-cadre pour la lutte anti-tabac où la Belgique, pendant sa présidence, jouera un rôle important en raison de ce qui a été fixé à Durban en 2008.

23.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse qui me satisfait globalement. Je vois qu'en tout cas, vous êtes attentive à la question. Bien évidemment, la dépendance de plus en plus précoce des jeunes mériterait à elle seule une autre question. Pour eux, j'imagine que le recours aux médicaments n'amènera peut-être pas une amélioration des chiffres de 10 à 20 %. Je ne vois pas des jeunes de 12 ou 13 ans résoudre ce problème grâce au Champix ou au Zyban. Il faudra trouver autre chose.

Ce débat reste entier. Je sais que la présidente est intéressée par la question.

La **présidente**: Oui, une question, c'est trop court mais je suppose que nous y reviendrons.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

24 Vraag van mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van het geneesmiddel Myozyme bij patiënten met de ziekte van Pompe" (nr. 19488)

24 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 remboursement du médicament Myozyme pour les patients souffrant de la maladie de Pompe" (n° 19488)

24.01 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister; de ziekte van Pompe is een zeldzame stofwisselingsziekte die bij 1 op 40 000 personen voorkomt. De symptomen zijn ernstige zwakte

van de spieren van schouders en dijen en vooral van de ademhalingspijnen zoals het middenrif en zijn meestal progressief. Gelukkig maar, de hartspij is slechts uiterst zeldzaam aangetast bij de kinderen en volwassenen.

Tot recent was deze aandoening niet behandelbaar op het niveau van het enzym dat de ziekte veroorzaakt. In 1999 werden echter de eerste tests met een nieuwe behandelingsstrategie uitgevoerd door het kunstmatige enzym murazyme toe te dienen via een eenvoudig infuus.

Voor al bij kinderen en in mindere mate bij volwassenen werden soms spectaculaire positieve resultaten vastgesteld. Sommige kinderen die op deze wijze behandeld zijn, zijn nu reeds 9 jaar oud en zijn nog steeds geholpen. De behandeling bestaat uit maandelijkse toediening van een infuus in het ziekenhuis. Dit neemt ongeveer twee uur in beslag. Meestal zijn er geen ernstige bijwerkingen.

De Europese geneesmiddelenautoriteit keurde het geneesmiddel Myozyme goed op 29 april 2006. Een ministeriële beslissing van 28 februari 2007 maakte dat deze specialiteit ook voor Belgische patiënten kon vergoed worden.

De situatie in de ons omliggende landen leert ons dat ingevolge de beslissing omtrent erkenning van Myozyme op Europees niveau de terugbetalingsmodaliteiten veel soepeler zijn en patiënten bijgevolg vlotter toegang krijgen tot de therapie. Finaal is Myozyme erkend als weesgeneesmiddel, mede gezien de zeldzaamheid van de aandoening.

Er werd in België een college van geneesheren opgericht dat advies uitbrengt over aanvragen tot terugbetaling. Dit advies wordt dan door de adviserende geneesheren van de mutualiteiten gevolgd en aan de patiënt en zijn of haar behandelende arts kenbaar gemaakt.

De ervaringen van Belgische patiënten met de ziekte van Pompe, en vooral van volwassenen, met dit adviescollege is tot nu toe bijzonder ontgoochelend. Naast de terecht gevraagde documenten, wordt een groot aantal irrelevante vragen gesteld en wordt met willekeur beslist wie wel en wie niet in aanmerking komt voor terugbetaling. Zo zijn er meerdere schrijnende situaties van bijvoorbeeld twee broers met dezelfde aandoening en met een vergelijkbare ziektegraad en waarbij slechts één van hen de medicatie terugbetaald krijgt.

Ik heb de volgende vragen. Welke maatschappelijke maatstaf primeert bij dat College van adviserende geneesheren als het gaat om de zorg voor die patiënten? Is dat een economische maatstaf of een ethische, humane maatstaf? Slechts de minderheid van de leden van de commissie heeft klinische ervaring met Pompe-patiënten. De meerderheid van de leden is niet betrokken bij het klinisch management van die doelgroep en is blijkbaar ook op wetenschappelijk vlak niet actief geweest in die materie. Wat is het nut van een dergelijke commissie van experts? Hoe verklaren ze de willekeur waarmee ze uitspraken doen? Staan ook de patiënten met andere ernstige en zeldzame aandoeningen, voor wie in de toekomst medicatie op de markt komt, een dergelijk lot te wachten?

24.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, eerst en vooral leg ik de nadruk op de ernst waarmee de verschillende colleges van weesgeneesmiddelen werken en in het bijzonder het college verantwoordelijk voor Myozyme. Elk dossier wordt minutieus onderzocht, niet alleen in functie van de vergoedingscriteria die door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen worden opgesteld, maar eveneens op basis van de nieuwe beschikbare wetenschappelijke gegevens en van de ervaring op het terrein, van de artsen-experts van het college.

De adviezen worden op basis van objectieve criteria uitgebracht. Elk advies wordt zorgvuldig overwogen, en de motivatie van het advies wordt altijd ingediend bij de verzekeringsinstelling waarvan de patiënt afhangt. Op die manier kan de adviserende geneesheer een beslissing nemen. Die beslissing wordt aan de behandelende arts meegedeeld en is steeds vergezeld van gefundeerde argumenten in geval van een negatieve beslissing.

Ik wil benadrukken dat voor alle uitgebrachte adviezen het welzijn van de patiënten altijd primeert. De colleges stellen echter regelmatig vast dat de talrijke dossiers die ze ontvangen, onvolledig zijn en het niet mogelijk maken om direct een relevant advies uit te brengen. Dat leidt tot oplopende termijnen voor de toekenning van een eventuele vergoeding en tot mogelijke frustraties bij de patiënt.

Wat betreft de leden van het college voor myozine wil ik in het bijzonder benadrukken dat de expertise van deze artsen en professoren internationaal is erkend, zowel op klinisch niveau als op gebied van het onderzoek betreffende stofwisselingsziekten met inbegrip van de ziekte van Pompe.

24.03 Martine De Maght (LDD): Dank u, mevrouw de minister, voor uw toelichting. Jammer genoeg blijkt dat de praktijk anders is. Gelukkig maar is het een zeer zeldzame ziekte die maar bij 1 op 40 000 personen voorkomt. Als het in een gezin aan twee broers overkomt dan verbaast het mij wel dat de ene het middel waarmee hij geholpen is, toegewezen krijgt en de andere niet. Ik heb het dan nog niet over de termijn. Het ging mij niet over de termijn waarin er een beslissing wordt genomen. Het gaat erover dat er een onderscheid wordt gemaakt met eenzelfde ziektebeeld en ziektegraad tussen twee personen die de aanvraag doen. Ik durf dan ook mijn bedenkingen herhalen, mevrouw de minister.

Het heeft mij enorm verbaast dat er inderdaad een onderscheid werd gemaakt. Het was controleerbaar doordat het zich in hetzelfde gezin met twee broers heeft voorgedaan. Dit maakte het zo frappant en daarom vond ik het ook noodzakelijk om u deze vraag te stellen.

24.04 Laurette Onkelinx, ministre: Étant donné qu'il s'agit d'un cas particulier, je vous propose de me transmettre clairement la critique en me donnant l'exemple des deux frères; j'interrogerai officiellement la Commission pour qu'elle me fournisse des réponses.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

25 Questions jointes de

- **M. Xavier Baeselen** à la vice-première ministre et ministre de l'Emploi et de l'Égalité des chances, chargée de la Politique de migration et d'asile, sur "l'interdiction de fumer dans le secteur horeca" (n° 19489)

- **Mme Sarah Smeyers** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le contrôle sur le respect de l'interdiction de fumer dans les entreprises" (n° 19654)

25 Samengevoegde vragen van

- de heer **Xavier Baeselen** aan de vice-eerste minister en minister van Werk en Gelijke Kansen, belast met het Migratie- en asielbeleid, over "het rookverbod in de horeca" (nr. 19489)

- mevrouw **Sarah Smeyers** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de controle op de naleving van het rookverbod in bedrijven" (nr. 19654)

25.01 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, vorige week las ik in de krant dat de arbeidsinspectie het rookverbod in bedrijven niet meer mag of kan controleren. Er zijn ook geen sancties meer voor bedrijven die het rookverbod niet naleven.

Dat zou komen door het feit dat het koninklijk besluit dat in die controle en sanctionering voorziet, mee is geschrapt door de antirookwetgeving die werd goedgekeurd op 22 december 2009. In de teksten werd niet opnieuw vastgelegd hoe en door wie het rookverbod in bedrijven moet worden gecontroleerd.

Op dit moment zou er een reparatiewet voorbereid worden die de arbeidsinspectie opnieuw bevoegd maakt voor de controle in bedrijven, welke wet meteen ook inhoudt dat die inspectie haar gebruikelijke sancties, zoals vroeger bepaald in het KB, kan hanteren bij niet-naleving van de wetgeving.

Mevrouw de minister, kunt u toelichten of die berichtgeving klopt?

Kunt u ons een stand van zaken geven in dat dossier?

25.02 Minister Laurette Onkelinx: Het koninklijk besluit van januari 2005 over de bescherming van de werknemers tegen tabaksrook verbood het roken op de werkplek voor de opheffing van dit besluit door de wet van 22 december 2009 houdende de algemene regeling voor rookvrije gesloten plaatsen, toegankelijk voor het publiek en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook.

De toepassing van de bepalingen van het voormelde koninklijk besluit werd gecontroleerd door de diensten van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. De wet van 22 december 2009 bevat inderdaad

een fout. Op dit ogenblik wordt er niet gepreciseerd wie er bevoegd is voor de controle op de toepassing van de maatregelen, bepaald in hoofdstuk 4 van de wet, dat de bepalingen van het vroegere koninklijk besluit van januari 2005 herneemt.

Deze fout zal zo vlug mogelijk worden rechtgezet via een amendement dat door mijn diensten in samenwerking met die van de FOD Werkgelegenheid wordt voorbereid en dat in een wet houdende diverse bepalingen zal worden geïntegreerd.

Il y a aussi la protection des travailleurs.

Aangezien het hier om een materiële vergissing gaat en niet om een principiële discussie, bevestigt het voorbereide amendement opnieuw de bevoegdheid van de FOD Werkgelegenheid met betrekking tot de controle op die maatregelen. In de praktijk stelde deze fout van de wetgever echter geen bijzondere problemen aanzien het rookverbod op openbare plaatsen al sinds 1 januari 2006 goed ingeburgerd is en dit goed nageleefd wordt zonder dat permanente controle noodzakelijk is. Bovendien weerhoudt dit er de diensten van de FOD Werkgelegenheid niet van om eventuele inbreuken vast te stellen en verwittigingen te geven.

Quant aux contrôles, je vous rappelle qu'il est prévu que le service d'inspection tabac du SPF Santé, conjointement avec l'AFSCA, effectue dans le cadre de l'évaluation de la nouvelle législation 15 000 contrôles, dont 10 000 le premier trimestre.

De 25 controleurs van de Inspectiedienst Tabak hadden tijdens de drie eerste weken van januari al meer dan 1 600 controles uitgevoerd. Na deze eerste controle werden er in 35 % van de zaken slechts kleine inbreuken vastgesteld, namelijk het ontbreken van pictogrammen die het rookverbod aangeven, of de aanwezigheid van asbakken in de niet-rokerszone. In 8 % van de bezochte plaatsen bleken rokers te roken in zones waar dat verboden is.

Ik beschik niet over de cijfers van het FAVV wiens 125 controleurs vanaf de vierde week van januari met hun campagne begonnen. Ik herinner eraan dat de FOD Volksgezondheid na deze controlecampagne een evaluatie uitvoert van het respecteren van de nieuwe wetgeving. Deze nieuwe evaluatie zal in de loop van mei aan het Parlement worden voorgesteld.

25.03 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord en voor het meedelen van het antwoord op de vraag van de heer Baeselen. U weet dat deze materie mij mateloos interesseert.

Het opheffen van de drie KB's is inderdaad een materiële vergissing. Ze waren noodzakelijk om het rookverbod in enigszins beperkte mate door te voeren. Ik had liever een volledig rookverbod gezien, maar wij zullen die discussie niet herbeginnen. Ik hoop dat die materiële vergissing snel wordt rechtgezet. Ik vermoed dat het verbod al voldoende is ingeburgerd. Dat bewijst dat het algemeen rookverbod ook snel ingeburgerd zou zijn. Dat neemt niet weg dat wij snel dat hiaat in de wetgeving moeten rechtzetten. Ik dank u omdat u daarmee bezig bent.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 18.01 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.01 uur.