

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 7 OKTOBER 2008

Namiddag

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

du

MARDI 7 OCTOBRE 2008

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.10 uur en voorgezeten door mevrouw Maggie De Block.
La séance est ouverte à 14.10 heures et présidée par Mme Maggie De Block.

De **voorzitter**: Collega's, zoals afgesproken, verwelkomen wij staatssecretaris Delizée ter vervanging van zijn collega-minister, mevrouw Onkelinx, die waarschijnlijk wegens andere, delicate besprekingen afwezig is.

01 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de eisen van de vroedvrouwen" (nr. 7200)

01 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les exigences des sages-femmes" (n° 7200)

01.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, het gaat hier om een steeds weerkerende vraag van de vroedvrouwen. De voorganger van mevrouw Onkelinx, minister Demotte, is daarmee ons inziens met heel veel verstand omgegaan. Hij heeft ingezien dat wij iets wat goed is niet op de helling mochten zetten. Wat is echt goed in ons land? De lage perinatale mortaliteit is altijd een kwaliteitscriterium geweest voor de goede geneeskundige zorgen en de goede opvolging van de kwetsbare momenten, namelijk als een kind geboren wordt.

De Nederlandse cijfers zijn minder goed. Ik ben voorzichtig met vergelijkingen met Nederland. Ik zal dat heel omzichtig doen. Wat wij zeker weten, is dat er in Nederland veel meer thuisbevallingen onder begeleiding van een vroedvrouw gebeuren. Wat wij ook weten, is dat de cijfers van de perinatale mortaliteit en morbiditeit minder goed zijn dan bij ons in België.

Ik heb in mijn toelichting verwezen naar de eerder gestelde vraag aan minister Demotte en het resultaat van het overleg dat het gevolg was van het aankaarten van die problematiek. Ik verwijs naar de parlementaire documenten ter zake.

Vandaag lees ik dat de eisen van de vroedvrouwen opnieuw aan de orde komen om, ten eerste, een nomenclatuurnummer te krijgen met verstrekking rond het preconceptuele consult en, ten tweede, - en ik citeer de zinsnede - "eventuele interventies kunnen instellen, onder andere de behandeling van ziektes en infecties bij aanstaande ouders in het aanpassen van medicatie en behandeling van chronische aandoeningen om het teratogene effect te minimaliseren". Dit is ons inziens het terrein van de artsen.

Tot in den treure moeten wij herhalen dat kwaliteit geen monopolie is van een of andere groep. Het is echter wel een monopolie en staat in verhouding tot de opleiding die men heeft. Men moet een zwangere vrouw benaderen in haar totaliteit en niet alleen de zwangerschap an sich bekijken. De voorzitter, die nog heel duidelijk op het terrein actief is, zal dit wel onderschrijven. Zoals ik zei heeft uw voorganger ingezien dat de uitbreiding van de bevoegdheden niet verzoenbaar was met KB 78. Hij heeft gesteld dat het aan de artsen toekwam om diagnoses te stellen in verband met ziekten en infecties en die uiteraard ook te behandelen. Mijnheer de minister, mijn vraag is heel kort. Wat is het standpunt van de minister in dit dossier?

Voorzitter: Muriel Gerkens.

Présidente: Muriel Gerkens.

01.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Collega's, ik wil eerst en vooral mevrouw Onkelinx verontschuldigen voor haar afwezigheid. Ik zal haar antwoord voorlezen.

De autonome activiteiten en de activiteiten in samenwerking met een geneesheer, die voorbehouden zijn aan de vroedvrouwen, zijn gepreciseerd in artikel 21,1^e van het koninklijk besluit nr. 78 inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

De handelingen die bij toepassing van deze bepaling kunnen worden uitgevoerd zijn het voorwerp van het koninklijk besluit van 1 februari 1991, gewijzigd op 8 juni 2007, dat verscheen in het Belgisch Staatsblad van 20 juli 2007.

Onder die autonome activiteiten worden de volgende vermeld.

Ten eerste, het stellen van de diagnose van zwangerschap. Ten tweede, het verzekeren, tijdens de zwangerschap, de bevalling en de periode post-partum, van het toezicht op de vrouw, de zorgen te verlenen en haar raadgevingen te verstrekken. Ten derde, het opvolgen van normale zwangerschappen, de praktijk van de normale bevallingen, en het verlenen van zorgen aan de pasgeborene en aan de gezonde zuigeling. Ten vierde, de preventieve maatregelen, het opsporen van risico's bij moeder en kind. Ten vijfde, bij dringende gevallen, de nodige handelingen uitvoeren in afwachting van gespecialiseerde medische hulp. Ten zesde, informatie en opvoeding inzake gezondheid ten aanzien van de vrouw, het gezin en ten opzichte van de maatschappij.

In uw vraag maakt u er melding van dat de vroedvrouwen thans de invoering wensen van twee nomenclatuurnummers voor verstrekking bij het preconceptuele consult.

Artikel 21 octies decies, §3, van het koninklijk besluit nr. 78 stelt dat de Koning, na advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen en de Koninklijke Academie voor Geneeskunde, bepaalt welke geneesmiddelen autonoom mogen worden voorgeschreven in het kader van de opvolging van normale zwangerschappen, de praktijk van normale bevallingen en de zorg aan gezonde pasgeborenen, in en buiten het ziekenhuis.

De interventies ten voordele van de toekomstige ouders die lijden aan ziekten of infecties en de aanpassing van de behandeling bij chronische aandoeningen kunnen in het kader van de huidige wetgeving niet worden beschouwd als toegelaten voor de vroedvrouwen. Een wijziging van hun bevoegdheden moet het voorwerp van een parlementair debat zijn. Bij wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 moet de inwerkingtreding voorwerp zijn van werkzaamheden binnen de Federale Raad voor de Vroedvrouwen, gevoegd bij de Koninklijke Academie voor Geneeskunde, wat de geneesmiddelen betreft. Tot zover het antwoord van minister Onkelinx.

01.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor uw antwoord. Ik onthoud dat er vooralsnog geen reden is artikel 21 van het koninklijk besluit nr. 78 niet te respecteren, tenzij een parlementair debat hiervoor een meerderheid zou leveren.

01.04 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Ik denk dat het een goede samenvatting is van het antwoord van minister Onkelinx.

01.05 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Alle macht aan het Parlement.

01.06 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Absoluut.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg" (nr. 7201)**

02 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé" (n° 7201)**

02.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag heb ik ingediend naar aanleiding van het vertrek van de administrateur-generaal van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Het Kenniscentrum, dat nu reeds op volle toeren draait, dreigt daardoor in een vacuüm terecht te komen. Om te verhinderen dat de expertise en de knowhow verloren zouden gaan en dat wij geconfronteerd zouden worden met een braindrain, wil ik als parlementslid mijn bezorgdheid uiten.

Er moet snel, en met voldoende ondersteuning, werk gemaakt worden van de opvolging van de directeur. Ik hoef niet te herhalen wat het Kenniscentrum is. Wij kennen het allemaal. Er werd een ruim debat aan gewijd. Het werkt. Het heeft een goede expertise. Het is ook internationaal gerenommeerd. Het is ook steeds meer nodig, want het beleid zal steeds meer op kennis gestoeld moeten worden.

Het jaarverslag wordt sedert 2004 gepubliceerd. Ik richt mij nu tot de voorzitter, voor de planning van de werkzaamheden, om, zoals in de vorige legislatuur, de bespreking van het jaarverslag in de commissie te laten plaatsvinden, omdat enkel op die manier de band met het Parlement strikt gehouden kan worden.

Ik had de volgende vragen voor minister Onkelinx.

Ten eerste, welke procedure wordt er gevolgd om de nieuwe algemene directeur aan te stellen? Welke termijn zal hierbij gehanteerd worden?

Ten tweede, als logisch gevolg van de eerste vraag, op welke manier wordt de continuïteit gewaarborgd? Mijn vraag is ingegeven door een bezorgdheid die leeft bij de medewerkers van het Kenniscentrum.

02.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw Avontroodt, ik ben het zeker met u eens dat het Kenniscentrum nodig is. Het moet inderdaad goed kunnen werken.

U stelde in feite twee vragen, de eerste in verband met de procedure.

Het koninklijk besluit van 20 februari 2003 betreffende de aanduiding en de beoefening van managementfuncties bij het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg regelt de wijze waarop de algemeen directeur moet worden aangesteld. De bedoelde procedure zal worden gevolgd.

Volgens voornoemde procedure moet Selor eerst een oproep tot kandidaten doen en een vergelijkende selectieproef organiseren. Met het oog daarop heeft mevrouw Onkelinx haar collega van Openbaar Ambt gevraagd aan Selor de nodige instructies te geven om voormelde oproep binnen de best mogelijke termijnen uit te voeren.

Uw tweede vraag ging over de continuïteit van de dienst. Op 30 april 2008 besloot mevrouw Onkelinx om de heer Jean-Pierre Closson, adjunct-algemeen directeur, met het ad interim waarnemen van de functie van algemeen directeur te belasten en de heer Gert Peeters, directeur belast met de werkprogramma's, met het ad interim waarnemen van de functie van adjunct-algemeen directeur. Zij zullen beiden hun respectieve functie vanaf 1 juli 2008 waarnemen tot wanneer een nieuwe algemeen directeur kan worden aangesteld.

02.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor het antwoord, waaruit ik begrijp dat nu mevrouw Vervotte in actie moet schieten om de procedure bij Selor effectief op te starten en op te volgen.

Wij zullen ons dan ook, op basis van het antwoord van minister Onkelinx, met onze vraag tot mevrouw Vervotte wenden.

La **présidente**: J'ai fait joindre aux dossiers de la commission le rapport annuel du Kenniscentrum, ce qui sera utile à nos travaux prévus demain.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de plaatsing van automatische externe defibrillatoren" (nr. 7202)

03 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'installation de défibrillateurs externes automatiques" (n° 7202)

03.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris naar ik mij herinner, hebt u in het verleden gemeentelijke ervaring gehad.

Op vandaag werden in verschillende gemeenten ten gevolge van de nieuwe wetgeving, een aantal automatische externe defibrillatoren – AED's, om het eenvoudig uit te drukken – geplaatst. Er is een koninklijk besluit waarmee de voorwaarden nu gekend zijn.

Vandaar rijst bij mij de vraag in welke stand van zaken wij ons vandaag bevinden. Die vraag is niet alleen ingegeven uit nieuwsgierigheid. Het is ook enorm belangrijk dat het departement een aandachtspunt, van hetgeen al dan niet geregistreerd wordt, effectief te kunnen evalueren. Er zijn namelijk nogal wat problemen, regelmatig, met de toelevering van die toestellen. Er zijn toestellen die teruggetrokken worden. Er zijn toestellen waarvan de fabrikant zegt dat ze terug ingeleverd moeten worden. De knowhow op het lokale niveau is niet altijd even groot om die verantwoordelijkheden duidelijk op te volgen.

Ook het Rode Kruis, waar het aanvankelijk ook leverancier was van toestellen, heeft zich dienaangaande teruggetrokken, en doet op vandaag enkel de opleidingen.

In een aantal gemeenten en plaatsen, zoals sportplaatsen en lokalen waar wordt verwacht dat mensen mogelijk slachtoffer kunnen zijn van een fibrillatie, werden die toestellen geplaatst.

Naar mijn informatie werden er reeds 240 toestellen geplaatst. In Nederland is dat al gangbaar, en zijn er al 20.000 tot 30.000. Als wij België hartsafe willen maken, dan zal het aantal van 240 natuurlijk nog behoorlijk opgetrokken moeten worden. Vandaar dat die korte opvolging van die problematiek toch een aandachtspunt zou moeten of kunnen zijn van onze administratie van het ministerie van Volksgezondheid.

Er is ook nog een pleidooi, gebaseerd op een advies zowel van de beroepsvereniging en de wetenschappelijke vereniging van cardiologen als van de internationale literatuur, dat zegt dat 80% van de voorvallen zich thuis zou voordoen. Dat is natuurlijk de omgeving die het dichtst bij de mogelijke patiënten is.

Mijnheer de staatssecretaris, vandaar heb ik twee vragen geformuleerd.

Ten eerste, informatief, is het geweten hoeveel AED's er momenteel werden geïnstalleerd, en op welke plaatsen?

Ten tweede, nog belangrijker, kunt u een houvast geven aan diegenen die de AED's plaatsen, zowel de gemeenten als de openbare besturen als de private ondernemingen? Die aanbevelingen zouden toch wel welkom zijn. Misschien zijn er vandaag ook bepaalde banken vragende partij om een AED te plaatsen.

03.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Avontroodt, u stelt twee vragen over het aantal AED en over de aanbevelingen.

Wat uw eerste vraag betreft, het koninklijk besluit van 21 april 2007 houdende de veiligheids- en andere voorwaarden inzake een automatische externe defibrillator gebruikt in het kader van een reanimatie voorziet in een registratie van het toestel bij de bevoegde administratie door de eigenaar indien hij een AED op een publieke plaats ter beschikking wil stellen. Er zijn vandaag 554 AED-toestellen geregistreerd.

Wat uw tweede vraag inzake de aanbevelingen betreft, de meest geregistreerde AED-toestellen zijn bestemd voor ziekenwagendiensten en een beduidend aantal voor bedrijven.

De voorganger van mevrouw Onkelinx, de heer Demotte, heeft op uw voorstel tevens het juridisch kader gerealiseerd om het gebruik van een AED door het grote publiek mogelijk te maken en een registratie in te voeren van de AED's die bestemd zijn voor publieke plaatsen. Eigenlijk werd hiermee de toekomstige realisatie van projecten zoals de plaatsing van AED's in woonwijken effectief voorbereid.

Daarnaast werd ervaring opgedaan via een tweetal pilootprojecten door de koppeling van dergelijke toestellen aan een hulpcentrum 100-112 via een automatische alarmmelding. Momenteel werkt de administratie aan de realisatie van verdere richtlijnen op basis van de verworven ervaring voor de koppeling van AED's aan een hulpcentrum 100-112 om zodoende een minimale kwaliteits- en bedrijfszekerheid te waarborgen aan de burgers die beroep doen op dergelijke systemen.

03.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor het antwoord.

Voor al het laatste is belangrijk. Het is misschien nuttig voor al degenen die vandaag geregistreerd zijn maar geen automatische koppeling hebben om te weten of al die toestellen nu moeten worden vervangen. Het is zeker beter wanneer een automatische koppeling mogelijk is. Het is voor de verschillende openbare besturen die reeds toestellen hebben toch belangrijk te weten dat de nieuwe generatie effectief die automatische koppeling zal kunnen aanbieden indien de alarmcentrale volgt.

Dat de alarmcentrale zelf moet kunnen volgen, zit mijns inziens wel op federaal niveau. U kunt natuurlijk niet antwoorden in welk stadium dit dossier zich bevindt, maar het is toch een punt dat aandacht verdient.

03.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Ik neem akte van uw repliek. Ik ben het met u eens.

03.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Dat is goed voor het verslag.

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

04 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een hadroncentrum" (nr. 7203)

04 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un centre d'hadronthérapie" (n° 7203)

04.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, dit is ook een steeds wederkerend verhaal. Het gaat over de hadrontherapie en de studie die het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg hierover gedaan heeft.

In 2006 werd daarover reeds een vraag gesteld, meer bepaald over de haalbaarheid, aan de toenmalige minister van Sociale Zaken, de heer Demotte. Het resultaat was logisch dat men een studie ging vragen aan het Kenniscentrum. Nu is die studie er. In het rapport, dat bekendgemaakt werd, heeft het Kenniscentrum heel duidelijk gesteld dat het aantal kankerpatiënten dat geholpen zou kunnen worden met hadrontherapie te klein is om de bouw van een centrum in België te verantwoorden.

Ik begrijp dat minister Onkelinx met het kankerplan maximaal mogelijkheden wil inbouwen, maar wij kunnen toch niet zomaar het Kenniscentrum en de aanbevelingen terzijde schuiven. Het is immers een gevalideerde studie. Uiteindelijk zou men daarop toch een beleid moeten of kunnen afstemmen.

Het is natuurlijk zo, zegt het Kenniscentrum, dat idealiter dergelijke centra in samenwerking met verschillende landen geëxploiteerd worden of ter beschikking gesteld worden. Deze piste leg ik voor aan de minister.

Mijn vraag is dus of de minister bereid is om te overleggen met de omringende landen die over een hadroncentrum beschikken.

04.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Avontroodt, de stand van zaken in dit dossier is de volgende.

Belgische kankerpatiënten, die in het buitenland met een hadrontherapie moeten worden behandeld, krijgen de gemaakte kosten terugbetaald via het Bijzonder Solidariteitsfonds van het RIZIV. De dienst Gezondheidszorgen van het Instituut legt momenteel de laatste hand aan een structureel financieringsmechanisme voor een dergelijke behandeling van kanker in het buitenland. Daarvoor zal jaarlijks een budget van 5,1 miljoen euro worden uitgetrokken.

Deze dekking door de verplichte ziekteverzekering, van Belgische kankerpatiënten die in het buitenland worden behandeld, sluit volgens mij echter de noodzaak niet uit om dieper in te gaan op de studie van het Federaal Kenniscentrum via de cofinanciering van het studieproject dat wordt gesteund door de stichting BHTC, Belgian Hadrontherapy Consortium, waarin zich alle universiteiten van ons land bevinden. Ik wijs er trouwens op dat de Europese ministerraad er in juli mee akkoord is gegaan.

Het Verzekeringscomité ontving op 28 juli laatstleden het project van overeenkomst waardoor het RIZIV het studieproject van de BHTC mee zou kunnen financieren en besloot een werkgroep op te richten die belast met de validiteit ervan, zowel uit wetenschappelijk gezichtspunt als van dat van de rechtvaardiging van de aangekondigde kost. Deze werkgroep vergaderde een eerste maal op 28 augustus jongstleden en er maken meerdere auteurs van de studie van het Kenniscentrum deel van uit.

De werkgroep werkt verder en dit zou kunnen leiden tot het herinschrijven van dit project voor studieovereenkomsten op de agenda van het Verzekeringscomité in de komende maand november. Wij zullen dan zien of de conclusies van de voornoemde werkgroep het belang van de door de stichting BHTC voorgestelde studie al dan niet bevestigen.

Tot zover, mevrouw Avontroodt, het antwoord van de minister.

04.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, van twee dingen een. Ofwel aanvaarden wij dat het Kenniscentrum ons expertisecentrum is. Het gebeurt vaak dat de minister en bepaalde groepen niet akkoord gaan met een gevalideerde studie. Een dergelijke studie van een onafhankelijk Kenniscentrum is nochtans een instrument waarop de minister kan steunen.

Een nieuwe studie is natuurlijk een middel om aanvullende elementen en informatie op te vragen, maar au fond is dat in mijn ogen een terugfluiten van het Kenniscentrum, terwijl het Kenniscentrum er uiteindelijk een heel ruime en dappere strijd van heeft gemaakt en er een lange tijd over gedaan heeft, want dat is niet populair. De vijf miljoen die wordt besteed binnen het Bijzonder Solidariteitsfonds is zeker verantwoord en terecht, maar een nieuwe studie had mijns inziens evengoed een eventuele aanvullende opdracht voor het Kenniscentrum kunnen zijn, met een raadpleging van andere actoren. Ik kan mij, zoals onze voorzitter zegt, natuurlijk niet tot u richten om hierover het debat aan te gaan. Op 28 augustus is er een vergadering geweest.

Mijnheer de minister, ik zou graag de namen krijgen van de universiteitsprofessoren en van de leden van de nieuwe groep die de nieuwe hadronstudie zal uitvoeren.

04.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Het is altijd mogelijk om u daarover later meer informatie te geven. Ik kan niet anders dan akte nemen van uw repliek.

La **présidente:** Pour les positionnements, c'est différent mais nous pourrions peut-être demander à la ministre de vous faire parvenir cette information sans que vous deviez poser une nouvelle question. Si la ministre estime qu'il ne s'agit pas seulement de la transmission de la composition, elle le dira.

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

05 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanvullende hospitalisatieverzekeringen van ziekenfondsen" (nr. 7226)

05 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les assurances hospitalisation complémentaires des mutualités" (n° 7226)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik zou deze vraag willen stellen als zijnde een klassieke opvolgingsvraag.

Ik heb minister Onkelinx over die problematiek mogen ondervragen op 8 mei en 8 juli van dit jaar. Uiteindelijk gaat de hele problematiek, zoals u ongetwijfeld ook weet, mijnheer de minister, over het advies van de Europese Commissie die destijds ons land twee maanden de tijd gaf om dezelfde regeling uit te werken voor hospitalisatieverzekeringen in de sector enerzijds zoals toegekend door de ziekenfondsen en anderzijds door de privéverzekeringen. Vlak voor het zomerreces wist mevrouw Onkelinx ons te antwoorden dat de onderhandelingen met de betrokken actoren nog hangende waren. Ik verwijs ook naar het antwoord dat minister Reynders in de commissie voor de Financiën dienaangaande aan collega Peter Logghe heeft gegeven en dit zeer recent, op 24 september van dit jaar. Uiteindelijk verwijst ook minister Reynders naar nog lopende onderhandelingen. Uiteraard blijven er daarbij concrete vragen, mijnheer de minister.

Vermits de tijd, dus twee maanden, ruimschoots verstreken is, kunt u mij een concrete stand van zaken

geven in dit dossier op dit moment? Is er ondertussen een concreet voorstel? Het wordt wel meer dan dringend tijd om het advies van de Europese Commissie in dit dossier concreet te volgen.

05.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer Bultinck, ik weet dat u dit dossier regelmatig en aandachtig volgt. Er zijn nieuwe elementen. Ik geef u het antwoord van mevrouw Onkelinx.

De Belgische regering heeft zich ertoe verbonden om vóór 1 november 2008 alle elementen te verschaffen om te kunnen antwoorden op de ingebrekestelling door de Europese Commissie. Op vrijdag 24 september hebben Assuralia en het Nationaal Inter mutualistisch College een compromis ondertekend over de manier van het integraal naar Belgisch recht omzetten van de richtlijnen verzekeringen niet-leven, assurances non vie, met respect voor de gelijke behandeling van de verzekeraars en de ziekenfondsen. Als dit compromis in werking is, zullen alle facultatieve diensten die de ziekenfondsen aanbieden aan hun leden en die een verzekeringskarakter hebben, onderworpen worden aan alle rechtsregels die van toepassing zijn op de verzekeringsmaatschappijen. Daarentegen zullen alle diensten die voor de leden verplicht zijn wegens de toepassing van de statuten van het ziekenfonds, voor zover ze een bepaald aantal kenmerken respecteren die het mogelijk maken om hun solidair en niet-winstgevend karakter te waarborgen, zonder mogelijke uitsluiting van een lid van de dekking, uit het toepassingsveld gehouden worden van de wetgeving die van toepassing is op een verzekeringsmaatschappij. Er zal bovendien een limiet bepaald worden voor het ontwikkelen van dergelijke diensten door de ziekenfondsen. Er zijn nog steeds gesprekken bezig tussen Assuralia aan de ene kant en het Nationaal Inter mutualistisch College aan de andere kant inzake bepaalde concrete modaliteiten van het overzetten van dit compromis in onze wetgeving.

De Ministerraad van 3 oktober jongstleden heeft het compromis dat bereikt werd tussen Assuralia en het Nationaal Inter mutualistisch College goedgekeurd en heeft de ministers van Financiën en Sociale Zaken en Volksgezondheid belast met het omzetten ervan in een antwoordbrief op de ingebrekestelling van de Europese Commissie vóór 1 november eerstkomend. Tot hier het antwoord op uw vragen.

05.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, ik dank u uiteraard voor uw antwoord. Ik neem akte van het feit dat er een compromis is tussen alle actoren. Dat moet vóór 1 november van dit jaar aan de Europese Commissie worden meegedeeld om uiteindelijk concreet resultaat te krijgen. Op die manier verplicht u mij bijna moreel om kort vóór 1 november met een vraag in het kader van de opvolging van dit dossier toch nog eens te kijken of wel degelijk de ganse zaak omgezet wordt.

Mijnheer de minister, ik wil u toch meegeven dat er ook een bepaalde sociale bezorgdheid uit onze vraagstelling blijkt. Wij moeten er wel degelijk regeling mee houden dat die ganse omzetting niet als eindresultaat kan hebben dat de hospitalisatieverzekering voor de gewone patiënten, de zwakke actoren in het veld, een stuk duurder zou worden. Dat is een belangrijk element en ik hoop dat het compromis tussen alle actoren daar voldoende rekening mee zal houden. Wat mij betreft zal dit ook voldoende beweegreden zijn om dit dossier verder op te volgen en die bezorgdheid mee te geven aan u, mijnheer de minister, en de eindverantwoordelijken, zijnde de ministers Reynders en Onkelinx.

05.04 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Het is inderdaad een ingewikkeld maar zeer belangrijk dossier.

05.05 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, voor een stuk schieten wij allemaal een beetje te kort wat de tijd betreft. Die twee maanden zijn reeds lang verstreken. Dus ook op dat vlak zijn wij andermaal de slechte leerling van de klas.

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

06 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "palliatieve zorg voor kinderen" (nr. 7250)**

06 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins palliatifs pour enfants" (n° 7250)**

06.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ook deze vraag keert steeds weer. Hopelijk vinden wij het antwoord heel duidelijk in de uitvoering van het kankerplan terug.

Er zijn reeds een aantal palliatieve thuiszorgequipes voor kinderen actief. Tussen 2004 en 2007 waren er zeven multidisciplinaire verbindingsteams met een subsidie van de Federale Overheidsdienst

Volksgezondheid voor de financiering van voortgezette zorg voor kinderen die zich in een fase van palliatieve zorg bevinden.

Het verbindingsteam staat effectief voor de link tussen het ziekenhuis en de thuisomgeving. Het staat ook garant voor de juiste voortzetting van de zorg en voor de globale opvang van ernstig zieke kinderen.

Het nationaal kankerplan heeft aan voornoemd probleem een thema gewijd, met name initiatief 23. Het plan wil het jaarlijks budget van de zeven teams verdubbelen, zodat zij hun activiteiten kunnen uitbreiden.

Op het terrein heet een aantal betrokkenen voornoemd initiatief welkom. Door de omstandigheden, met name omdat alles op de lange baan wordt geschoven, hebben zij nu toch vragen bij de timing van het initiatief.

Daarom heb ik heel concreet de volgende vragen.

Welke concrete stappen heeft de minister reeds kunnen zetten?

Komt er daadwerkelijk een structurele financiering van de palliatieve thuiszorgequipes voor kinderen?

06.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw Avontroodt, ik dank u voor uw vraag.

De overeenkomsten voor de huidige proefprojecten lopen op 31 december 2008 af. Ik stel echter vast dat bepaalde centra het moeilijk hebben om een voldoende aantal op te vangen patiënten te rechtvaardigen.

Teneinde de continuïteit ten voordele van de betrokken, jonge patiënten te verzekeren, werd bij B4 een budget van 400.000 euro uitgetrokken voor een laatste verlenging van voornoemde overeenkomsten in 2009. Inmiddels zal op basis van een recent, consensueel voorstel van een programma van hermatologisch-pediatrische zorg van de bestaande centra door het directoraat-generaal van de Verzorgingsinstellingen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid een ontwerp van koninklijk besluit worden voorbereid. Voornoemd besluit zal aan de door de wet vastgelegde adviezen en goedkeuringsprocedures worden onderworpen.

Vanaf 2010 zou er een structurele financiering worden ingesteld op basis van de normen voor een verbindingsfunctie ziekenhuis-woonplaats voor de kinderen die in het koninklijk besluit zullen worden opgelijst.

De palliatieve zorg voor kinderen heeft echter niet alleen betrekking op de kankerpatiënten. De denkoefening moet snel worden uitgebreid naar alle ziektebeelden die dergelijke zorg vereisen. Dat zal gebeuren op basis van een uitgebreide studie, die nu aan de gang is, bij het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. De resultaten van de studie worden in april 2009 verwacht.

Dat is het antwoord van mevrouw Onkelinx.

06.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mijnheer de minister, het nationaal kankerplan ligt hier voor mij. De uitvoeringstermijn werd gepland in 2008 - dat wordt al moeilijk - en 2009. Uit uw antwoord of uit het antwoord van minister Onkelinx blijkt dat de structurele financiering pas over een jaar gerealiseerd kan worden. Wanneer ik het goed begrepen heb, wordt de overgangsmaatregel voortgezet, maar niet uitgebreid?

06.04 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Tot april 2009.

06.05 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mijnheer de minister, u hebt geantwoord: een structurele financiering vanaf 2010. Er is mijns inziens nog een periode die overbrugd zou moeten worden. Ik neem aan dat uw antwoord even bindend is als dat van minister Onkelinx?

06.06 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Het is een antwoord van mevrouw Onkelinx. Ik kan u niets meer of niets minder zeggen.

La **présidente**: C'est moi qui ai fait une confusion.

06.07 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Hier stond 2008-2009. Het wordt 2010, maar als er een

overgangsmaatregel is, kan er aan de betrokken equipes een zekerheid worden gegeven.

06.08 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Het Parlement heeft het laatste woord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "verpleegkundigen met een bijzondere deskundigheid in de diabetologie" (nr. 7253)**

07 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le personnel infirmier ayant une spécialisation en diabétologie" (n° 7253)**

07.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, al die vragen zijn natuurlijk een beetje gecumuleerd. Het is mijn huiswerk van de recesperiode. Af en toe wil ik die toch wel zinvol invullen.

De bijzondere deskundigheid in de diabetologie is ook een dossier dat reeds heel veel jaren geschiedenis achter de rug heeft. Internationaal bestaat er daarvoor toch een heel groot draagvlak. Een erkenning dringt zich op, enerzijds omdat er een grote behoefte aan is en, anderzijds omdat met de vergrijzing het aantal diabetespatiënten alleen maar stijgt en zal blijven stijgen.

Op 9 mei heb ik de vraag betreffende de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundigen met een bijzondere deskundigheid in de diabetologie schriftelijk gesteld aan de minister. De minister heeft hierop een uitgebreid antwoord geformuleerd en heeft gezegd alle titels en bijzondere beroepsbekwaamheden van het KB van 27 september 2006 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde in te voeren en dat de lopende vernieuwing van de samenstelling van de Nationale Raad voor de Verpleegkunde zou toelaten dat deze spoedig zijn werkzaamheden hervat.

Mijnheer de staatssecretaris, ten eerste, heeft die Nationale Raad zijn werkzaamheden hervat?

Ten tweede, wanneer verwacht u de invoering van die bijzondere beroepsbekwaamheden zoals vermeld in het KB van 27 september 2006?

07.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Avontroodt, collega's, ik kan inderdaad bevestigen dat het de bedoeling van mevrouw Onkelinx is om progressief de bijzondere beroepstitels en de bijzondere deskundigheden van de verpleegkundigen te erkennen. Dit project maakt integraal deel uit van het plan voor het verhogen van de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep dat zij voorgesteld heeft aan de Nationale Raad voor de Verpleegkunde die op 28 augustus jongstleden opnieuw werd samengesteld.

De NRV is belast met het voorstellen van de titels en deskundigheden die volgens de raad prioritair moeten erkend worden uit de lijst van het koninklijk besluit van 27 september 2006.

Rekeninghoudend met het belang dat de minister aan dit plan hecht, heeft zij aan de leden van deze raad gevraagd om haar snel een advies te overhandigen. Begin oktober zal een eerste evaluatie worden overhandigd. De minister weet dat werkgroepen ter zake actief zijn.

Na de bijzondere beroepstitel in oncologie, die logischerwijze in het Kankerplan werd geïntegreerd en binnenkort zal worden gepubliceerd, voorziet de minister in de voorbereiding van de progressieve erkenning van andere titels en deskundigheden. Zij zal ook waken over de garantie van coherentie met de andere maatregelen inzake gezondheid.

Het opstarten van de zorgtrajecten voor patiënten met diabetes in 2009 kan worden beschouwd als een opportuniteit voor de deskundigheid in diabetologie.

07.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Dit is een heel breed en algemeen antwoord over de beroepstitels oncologie. Daarop kom ik zo dadelijk terug. Ik heb nog een vraag daarover. In het antwoord verneem ik 3 elementen: er komen zorgprogramma's voor diabetes, in het raam daarvan zal eventueel de erkenning van

de bijzondere beroepstitels worden overwogen en de raad werd op 28 augustus samengesteld. Uit het antwoord blijkt evenwel niet duidelijk de intentie van de minister de beroepstitel diabetologie te erkennen.

07.04 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: De intentie is wel bevestigd.

07.05 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, dat is heel goed, dank u wel.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "geneesmiddelen voor kinderen" (nr. 7254)**

08 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments destinés aux enfants" (n° 7254)**

08.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ook dit is een vraag die eerder door collega's gesteld is en waarover meer dan één debat gevoerd zou moeten kunnen worden. Deze vraag gaat over de uitvoering van een Europese verordening inzake geneesmiddelen voor pediatrisch gebruik.

Er zijn op Europees niveau wat dat betreft heel veel werkgroepen en er gebeuren veel studies. Dat heeft uiteraard te maken met de andere voorwaarden waaraan geneesmiddelen moeten voldoen alvorens zij aan kinderen mogen worden toegediend, alsook aan het beperkte aantal patiënten - gelukkig maar - om tests te doen. Heel de researchfase tot en met de klinische studies is aan andere normen en voorwaarden onderworpen. Ook op ethisch vlak vergt dit een ernstig debat.

Ik ben ervan overtuigd dat u ervan op de hoogte bent welke procedures voorafgaan aan het in de handel brengen van zo'n geneesmiddel. Het gevolg van de regelgeving is evenwel dat tot op heden nog steeds aangepaste geneesmiddelen voor kinderen ontbreken, niet alleen wat de dosering betreft, maar ook bijvoorbeeld wegens de wetgeving die voldoende grote stalen vraagt voor klinische proeven, die men wegens voor de hand liggende redenen niet kan leveren. Een volwassene die deelneemt aan een medische studie kan daarvoor zijn toestemming geven, een kind kan dat natuurlijk niet op dezelfde manier.

Europa heeft zich daarover gebogen en heeft verordening 1901/2006 van 12 december 2006 uitgevaardigd, waarin aandacht wordt gevraagd voor de geneesmiddelen voor kinderen.

De bedoeling is vooral de beschikbaarheid ervan te verhogen en de ontwikkeling ervan te stimuleren, hoewel er hogere kosten verbonden zijn aan het ontwikkelen van geneesmiddelen voor kinderen.

Er is een comité-Pediatrie opgericht in het Europees Geneesmiddelenbureau. The European Academy of Pediatrics is reeds samengekomen op 4 juni om de verordening te evalueren. Niet alleen heeft men ingezien dat er goed werk kan worden geleverd, maar ook dat er een grote deelname moet zijn van de verschillende Europese landen en dat er steun moet zijn voor de expertise die wij ook in ons land ter zake hebben.

Wij hebben een aantal succesvolle pediaters die daar al jaren mee bezig zijn. Vandaar mijn vraag, die misschien uitzonderlijk is vanuit onze banken. Mijn vraag gaat over meer middelen voor de succesvolle uitvoering van de verordening inzake geneesmiddelen voor pediatrisch gebruik. Misschien is het niet onbelangrijk dat onze overheidsdiensten de werkgroep van eminente professoren die zich daarover hebben gebogen, zouden ondersteunen.

08.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Avontroodt, zoals u zeer terecht opmerkt, is er buiten Europa een zeer duidelijke trend om multicentra voor klinische studies op te richten. Het van kracht worden van de pediatrische reglementering in de Europese wetgeving voor elk nieuw geneesmiddel dat op de markt komt, heeft eveneens bijgedragen tot een toename van klinisch onderzoek bij kinderen. Het is echter belangrijk er nota van te nemen dat dit klinisch onderzoek bij kinderen zeer strikt opgevolgd wordt door de Europese Commissie. Hiervan getuigen de werkgroepen die geïnstalleerd werden op het niveau van het EMEA, het European Medicine Agency, om de wetenschappelijke en ethische normen vast te leggen voor het pediatrisch klinisch onderzoek. Er werd trouwens recent een richtlijn uitgewerkt door het Pediatrisch Comité.

Het is nuttig om eraan te herinneren dat een van de taken van het EMEA bestaat uit het accrediteren van netwerken voor onderzoek bij kinderen. Het is evident dat mevrouw Onkelinx zeker bereid is aan haar Europese collega's te vragen om voor de ondersteuning van deze initiatieven de nodige middelen ter beschikking van het EMEA te stellen. In verband hiermee kan ik u met genoegen meedelen dat op nationaal niveau het Federaal Agentschap voor de Geneesmiddelen en de Gezondheidsproducten besloten heeft om in samenwerking met de Belgische Vereniging van Pediaters een specifieke werkgroep op te richten.

Er moet ook onderstreept worden dat de inspectie en de controles voor deze klinische studies, die voorafgaan aan de toelating om nieuwe geneesmiddelen op de markt te brengen, op het niveau van het EMEA via de inspecties Good Clinical Practice gecoördineerd zijn. Deze inspectiegroepen werken daarenboven nauw samen met de Wereldgezondheidsorganisatie teneinde een maximale veiligheid te garanderen voor de deelnemers aan klinische studies, dit uiteraard inclusief de kinderen, maar eveneens om de betrouwbaarheid en de juistheid van de resultaten van deze klinische studies te garanderen. Tot hier het antwoord van mevrouw de minister.

08.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het is een positief antwoord als de minister daaraan haar steun geeft. Er circuleren op Europees niveau een aantal vragen om resoluties in te dienen in de verschillende parlementen, precies om dit te ondersteunen. Als de minister dit effectief steunt, dan kan dit als antwoord dienen! Inderdaad, zij verwijst naar EMEA, terwijl het precies EMEA is dat wat dat betreft een tekort aan middelen heeft en ook een tekort aan steun van de lidstaten.

We zullen dat antwoord duidelijk en goed communiceren; dan moet daar geen nieuwe resolutie voor gemaakt worden, maar kan het worden uitgevoerd indien de minister daadwerkelijk haar steun daaraan verleent.

08.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: U kunt zeker op haar determinatie rekenen.

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

09 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques liés à l'achat de médicaments en ligne" (n° 7332)

09 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de risico's van het kopen van geneesmiddelen via internet" (nr. 7332)

09.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, on change à la fois de sexe linguistique et de sexe tout court mais pas de famille!

Je suis particulièrement ravi que ce soit M. le secrétaire d'État Delizée qui soit présent, d'autant plus qu'il ne m'a pas tiré dessus dans le journal "Pan". C'était très positif. Vous constaterez, monsieur le secrétaire d'État, qu'ici nous sommes trois à ne pas appartenir à une espèce en voie de disparition!

Madame la présidente, je tiens à vous dire à quel point je suis content que la commission puisse se tenir aujourd'hui. Par contre, je souhaiterais vous faire part de ma frustration de voir qu'en commission des Affaires sociales, la ministre a purement et simplement annulé les réponses aux questions.

09.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Monsieur Flahaux, la réunion aura lieu demain et je pense que j'aurai l'honneur de remplacer Mme Milquet!

09.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Ce ne sera donc pas M. Lebrun? Je plaisante, bien sûr!

J'en arrive à ma question relative aux risques liés à l'achat de médicaments en ligne. La révolution internet joue dans de nombreux domaines et certains ne sont pas encore connus aujourd'hui.

Comme pour tout, la liberté peut être la meilleure et la pire des choses, selon les motifs et la manière dont on s'en sert. On le voit pour l'instant en matière financière, notamment. Ainsi en est-il des ventes de médicaments. Nombre de sites permettent aux internautes de tous pays de se porter acquéreurs de traitements à des coûts bien plus économiques qu'ils ne le pourraient en utilisant les canaux pharmaceutiques conventionnels de leur pays. Cela peut bien sûr s'avérer une économie financière directe pour nos systèmes de santé mais c'est aussi source de problèmes très graves, y compris sur le plan

économique à moyen et long termes.

En effet, nombre de ces sites offrant des médicaments à prix certes alléchants ne vérifient pas, en demandant une ordonnance à l'intéressé, que cela lui a été réellement prescrit. Ils n'ont d'ailleurs pour nombre d'entre eux pas de docteur en pharmacie et utilisent de faux tampons de pharmacien agréé. Il y a donc un risque d'automédication préjudiciable à l'utilisateur.

Ce risque est encore renforcé par le fait que les médicaments commercialisés seraient, selon l'Alliance européenne pour l'accès aux médicaments sains, authentiques pour seulement 38% d'entre eux, les autres étant des contrefaçons à la qualité aléatoire. À ce propos, la semaine dernière encore, les douanes ont saisi à Zaventem une cargaison de médicaments destinés à l'Afrique.

Pour souligner encore le caractère prioritairement mercantile et peu professionnel de ces sites, au regard du souci d'offrir des traitements de qualité à un prix moindre, on peut noter que certains offriraient, en cadeau d'accompagnement de traitements de pathologies cardiovasculaires comme le Plavix, des comprimés de Viagra, précisément contre-indiqués dans le cas de maladies cardiovasculaires graves.

Monsieur le secrétaire d'État, avez-vous des informations concernant le nombre de nos concitoyens ayant recours à ces sites? Des problèmes de santé dus à l'ingurgitation de médicaments achetés en ligne sont-ils intervenus dans notre pays? Comment pouvons-nous agir, afin de protéger nos concitoyens des risques d'une automédication à partir de produits à la possible toxicité, voire à l'absence totale d'effet?

Il nous est proposé de demander aux moteurs de recherche d'éliminer de manière systématique des résultats de recherche, les pages web qui proposent des médicaments de contrefaçon. Cela est-il réalisable? Comment peut-on distinguer les sites en question de ceux qui affichent une pratique éthique et une déontologie de la vente de produits pharmaceutiques? Vos services ont-ils dû se pencher sur ce problème? Comment comptent-ils y faire face?

09.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, je remercie M. Flahaux pour sa question. Nous n'allons pas épiloguer sur la notion de liberté, à la fois la meilleure et la pire des choses. Nous sommes tous attachés à la liberté mais, dans certains cas, elle peut donner lieu à des dérives, notamment dans les pratiques sur internet.

Mme Onkelinx partage vos réserves sur la fiabilité des médicaments proposés et mis en vente sur internet et sur les dérives que vous signalez, notamment l'automédication, qui n'est pas à promouvoir, sur internet ou ailleurs. Mme Onkelinx répond en quatre points.

En premier lieu, elle n'a pas connaissance de données précises quant au nombre de personnes qui achèteraient en Belgique des médicaments via internet. Cela dit, pour l'année 2007, les douanes déclarent avoir saisi environ 79.000 médicaments vendus via internet. Par ailleurs, depuis mai 2006, dans son étroite collaboration avec le service des douanes, l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé, au travers de son unité spéciale d'enquête, a ouvert 411 dossiers à l'encontre de citoyens qui s'étaient livrés à un achat illégal de médicaments par internet et qui avaient pu être identifiés.

Deuxièmement, le Centre belge de pharmaco-vigilance n'a pas reçu de communication d'effets indésirables indiquant que ces derniers seraient liés à la prise de médicaments achetés sur internet. De son côté, le Centre Antipoisons signale qu'il est interpellé de temps en temps sur des questions relatives à des médicaments achetés sur internet mais il n'est pas en mesure de fournir des informations plus précises à ce sujet.

Troisièmement, dans les cas que vous avez décrits, on peut parler d'escroquerie. Par conséquent, la criminalité en matière de vente de médicaments par internet constitue une priorité et nous concerne tous. Aucun pays ne peut résoudre ce problème seul en raison de la nature transfrontalière du phénomène. L'accent est donc mis sur une meilleure collaboration au niveau national et international, multidisciplinaire et multisectorielle, sur une approche plus détaillée de la sensibilisation des patients, des consommateurs et des fournisseurs de soins grâce à une communication améliorée et en prenant toutes les initiatives législatives possibles, au niveau national comme au niveau international, afin d'endiguer ces situations dangereuses.

Cela se traduit – vous allez me dire que c'est général – concrètement par différentes initiatives. Je vais vous

en citer quatre.

1. Un projet de campagne de sensibilisation du public aux risques de l'achat en ligne des médicaments et produits de santé est en cours de préparation, étudié en concertation avec l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé (AFMPS).

2. Un nouvel arrêté royal a été examiné au Conseil des ministres de ce vendredi 26 septembre, qui régit le fonctionnement des officines ouvertes au public et qui prévoit notamment des conditions strictes pour que les médicaments sans prescription puissent être vendus par internet par les pharmacies. Il s'agit de bien encadrer la législation en la matière.

3. La présence d'une unité spéciale d'enquêtes au sein de l'AFMPS en 2007. Cette unité spéciale compte 5 agents.

4. Il est clair que pour s'attaquer à ce phénomène, une collaboration avec les autres services est nécessaire. Nous allons donc soutenir, dit Mme Onkelinx, encore davantage la collaboration existant entre l'AFMPS, la douane et les services de police. Celle-ci consiste à examiner les colis postaux contenant des médicaments qui sont le résultat d'une transaction internet.

Une solide collaboration a été également développée au niveau international, tant avec les États membres européens qu'avec le Conseil de l'Europe, où la Belgique collabore activement à une convention de lutte contre les médicaments contrefaits et la criminalité pharmaceutique, et même au niveau mondial.

Par ailleurs, la proposition de l'instance européenne EAASM ("European Alliance for Acces to Safe Medecines") mérite d'être examinée de façon concertée entre les différentes instances nationales et internationales concernées. C'est une initiative européenne qui consiste à demander aux moteurs de recherche d'éliminer de manière systématique les résultats de recherche qui proposent des médicaments contrefaits.

Monsieur Flahaux, il s'agissait de quelques éléments de réponse qui indiquent que les services et l'administration fédérale s'investissent énormément dans différents groupes de travail, sur le plan national et international, et sont prêts à s'investir également dans tout nouveau projet qui permettrait de mettre un frein aux activités relevant de la criminalité pharmaceutique.

09.05 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, je remercie M. le secrétaire d'État pour sa réponse très fouillée.

Je pense que le problème ne risque que de s'accroître dans l'avenir, d'une part, en raison de l'élargissement de la diffusion d'internet et de ces sites de vente en ligne et, d'autre part, parce que pour éviter le coût des médecins, certains utilisent l'automédication.

Il ne faut pas oublier non plus qu'un des problèmes de ces faussaires – je rappelle le chiffre de 62% de faux médicaments – est que cela a des conséquences sur la recherche.

Autant je suis favorable – et je trouve que nous sommes trop frileux à ce sujet – à la diffusion des médicaments génériques, autant je pense qu'il faut lutter contre la contrefaçon.

Il faut également rappeler le rôle important de conseiller que joue le pharmacien. Des campagnes pourraient être lancées à ce sujet par la ministre de la Santé.

Je ne peux qu'abonder dans le sens du secrétaire d'État sur la nécessaire coopération renforcée avec ses collègues de l'Intérieur et des Finances pour lutter efficacement contre ce fléau. J'espère que la ministre pourra influencer sur le Conseil des ministres européens pour qu'on puisse agir, dans ce domaine comme dans d'autres, à un niveau supranational et non pas "infra national" comme le souhaiteraient peut-être certains.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 **Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques de santé liés à la consommation de Viagra en cas de pratique**

sportive intense" (n° 7439)

10 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's verbonden aan het gebruik van Viagra bij intensieve sportbeoefening" (nr. 7439)

10.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, les dons de Viagra sur internet, en offre gratuite ou à l'achat d'un certain nombre de médicaments, me surprennent. D'ailleurs, j'avais déjà posé une question à ce sujet qui a mené à un dialogue sympathique avec la ministre: cette petite pilule bleue, si elle apporte une bouffée d'oxygène notable dans la vie intime de nombreux couples, conduit à diverses autres conséquences.

Parmi elles, je relève un problème engendré à l'égard des sportifs de haut niveau. En effet, l'Agence mondiale antidopage (AMA) a montré, pour les cyclistes, une amélioration de 40% de leurs performances avec des muscles plus chargés en oxygène.

J'ignore si cela fait des hommes qui en prennent pour leur vie intime de grands performeurs, encore que cela leur ferait sans doute plaisir de l'apprendre, mais je m'interroge quant à ses conséquences possibles sur le muscle cardiaque des sportifs qui utilisent ce Viagra lors des compétitions. Heureusement, à Pékin, bien que le produit n'ait pas été interdit aux athlètes, il ne semble pas y avoir eu de problèmes particuliers.

Vos services, s'ils sont habilités à le faire, ont-ils diligenté une enquête à ce sujet?

Avez-vous demandé qu'une étude plus aboutie soit menée quant à savoir, tant en ce qui concerne le sportif de haut niveau que n'importe quelle personne, si la prise de Viagra présente un danger à fournir un effort sportif ou musculaire généralisé, alors que la molécule est encore active dans son corps?

Si oui, pouvez-vous demander que cela soit mentionné dans les notices d'utilisation de ce produit?

Pouvez-vous organiser une campagne d'information à ce sujet, tant auprès des praticiens prescripteurs – la prescription reste indispensable pour s'en procurer, malgré les offres sur internet – que dans les médias?

10.02 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, je remercie M. Flahaux pour sa question sur la petite pilule bleue. Je vous livre la réponse de Mme la ministre sur le sujet.

Mme Onkelinx rappelle que ce médicament, comme n'importe quel médicament, présente à la fois des bénéfices pour le patient mais aussi des risques. Plusieurs études ont démontré que, outre son effet sur les troubles de la fonction érectile, le Viagra facilite aussi la dilatation des vaisseaux sanguins pulmonaires. En théorie, ce phénomène pourrait donc permettre aux globules rouges de se rendre plus efficacement jusqu'aux poumons, donc d'améliorer le taux d'oxygène absorbé.

Pour autant, rien ne prouve avec certitude que le Viagra permette à un athlète d'améliorer ses performances sportives. Le comité d'experts de l'AMA n'a pas à ce jour décidé d'inscrire le Viagra sur la liste des substances interdites, car il ne dispose pas d'éléments objectifs démontrant que les critères d'inclusion sont remplis: augmentation de la performance sportive et/ou risques chez le sujet sain.

Au sein de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, l'unité spéciale d'enquête est chargée de la lutte contre la criminalité pharmaceutique en général. La criminalité pharmaceutique concerne notamment le dopage humain et vétérinaire.

Aucun souci n'a, à ce jour, été constaté ou rapporté par cette unité d'inspection concernant un usage de Viagra dans les milieux sportifs autorisés. De plus, l'Agence n'a, jusqu'à présent, reçu aucune notification d'effets indésirables cardiaques indiquant des problèmes liés à l'usage de Viagra lors d'un effort sportif ou musculaire important.

Le résumé des caractéristiques du produit et la notice du Syldenafil mentionnent actuellement que la substance est contre-indiquée chez des patients ayant des troubles cardiovasculaires sévères comme un angor instable ou une insuffisance cardiaque grave, patients pour qui l'activité sexuelle est déconseillée.

Le Syldenafil, substance active du Viagra, est délivré uniquement sur prescription médicale. Afin de prescrire

cette substance, les médecins doivent évaluer soigneusement les risques potentiels chez les patients susceptibles de présenter certaines maladies sous-jacentes ou d'être affectés par les effets vasodilatateurs du médicament.

Nous ne disposons actuellement d'aucune donnée permettant d'initier une modification des caractéristiques du produit et de la notice du Sydenafil au sujet de risques liés à l'utilisation du médicament chez les sportifs.

Comme c'est le cas pour tous les médicaments commercialisés ou enregistrés via la procédure centralisée européenne, l'Agence fédérale des médicaments et l'Agence européenne des médicaments continueront néanmoins à exercer un suivi permanent du Viagra et de son potentiel "mésusage" ou de sa mauvaise utilisation en dehors de l'unique indication enregistrée, notamment dans le cadre de la pharmacovigilance.

Voilà, monsieur Flahaux, la réponse de Mme Onkelinx à vos questions quelque peu techniques

10.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je remercie le ministre pour sa réponse.

Cela dit, aujourd'hui encore l'image du Viagra reste uniquement positive. Il est vrai que sa consommation est associée à des activités bien sympathiques. Toutefois, il me semble préférable de prévenir que de guérir; évitons que, dans cinq ou dix ans, les générations qui auront utilisé ce produit de manière importante soient victimes d'un manque d'information.

Par ailleurs, outre le Viagra, il existe aussi toute une série de produits équivalents comme le Syalis, le Levitra, le Camagra qui ont exactement les mêmes effets. Mon souci ne concerne donc pas seulement le Viagra, mais aussi l'ensemble de ces produits qui, au demeurant, peuvent apporter une grande aide quand on a dépassé 50 ans.

La **présidente**: Dont acte!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le refus de prise en charge des frais de logopédie pour les enfants ayant fait choix de l'enseignement immersif" (n° 7483)

11 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-terugbetaling van logopediekosten voor kinderen die voor taalbadonderwijs hebben gekozen" (nr. 7483)

11.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, en Communauté française, il y a de plus en plus d'enfants qui suivent ce qu'on appelle la pédagogie immersive. En termes statistiques, il s'agit de plus de 750 écoles et on imagine bien que cela représente une partie importante de la population scolaire.

Il se fait que ces enfants, comme d'autres, peuvent souffrir de dyslexie. On m'a rapporté le cas d'une personne dont l'enfant qui fréquente une école en immersion est atteint de dyslexie. Le médecin lui a conseillé des séances de logopédie, qui sont habituellement remboursées par la mutuelle. Mais dans ce cas, elles ne le sont pas car la dyslexie serait due à l'apprentissage du néerlandais.

Dans ce genre d'écoles en immersion, on ne sait jamais quelle est la seconde langue car, en fonction des pourcentages, on pourrait très bien inverser cette priorité.

Cette personne se voit donc refuser toute intervention.

N'y a-t-il pas là une attitude purement discriminatoire entre les enfants par rapport au handicap qu'est la dyslexie, et qui est corrigeable par la logopédie?

Ne nous trouvons-nous pas là dans un discours totalement contraire à tout ce qu'on tente de vanter, à savoir l'apprentissage des langues?

Ma question est extrêmement pratique car si c'est le cas, je pense qu'il faudra prendre une initiative

législative de sorte à modifier cette situation.

11.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, cher collègue, Mme Onkelinx a été, dans le passé, ministre de l'Enseignement. Elle est donc très attachée à l'apprentissage des langues, notamment du néerlandais, et elle a essayé de faire avancer les choses en la matière.

En Communauté française, et peut-être aussi en Communauté flamande, il y a de plus en plus d'expériences d'immersion dans l'enseignement fondamental. C'est une bonne chose et tant Mme Onkelinx que moi-même souscrivons à cette volonté d'apprentissage d'une autre langue de notre pays.

La réponse de Mme Onkelinx tient en quatre points.

D'abord, elle considère que c'est moins un problème d'immersion linguistique proprement dit que de traitement de troubles logopédiques de l'enfant.

Quel est l'état de la législation en la matière? La nomenclature de prestations de logopédie stipule explicitement que l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire est exclue dans les traitements logopédiques et de troubles secondaires dus à l'apprentissage d'une autre langue que la langue maternelle ou à une éducation polyglotte.

La grande majorité des troubles pour lesquels la nomenclature prévoit une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire ne peuvent pas être considérés comme dus à l'apprentissage d'une autre langue que la langue maternelle ou à une éducation polyglotte.

Les troubles du développement du langage sont particulièrement visés par cette exclusion.

Dernier élément. La Commission de convention entre les logopèdes, les gens de métier, et les organismes assureurs a explicitement déclaré que, si un problème logopédique se présente, le nombre de langues parlées par un patient ne joue aucun rôle mais, si les troubles sont liés à l'apprentissage d'une langue autre que la langue maternelle, le traitement logopédique ne peut pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance. Cet élément émane de la Commission de convention entre les logopèdes et les organismes assureurs.

Le caractère discriminatoire de ce refus de remboursement de la part de la Commission de convention compétente mérite, selon Mme Onkelinx, un débat et une motivation de la part des logopèdes. Au stade actuel, on ne sait effectivement pas si ce refus est motivé par des raisons budgétaires ou par les limites de la logopédie dans le traitement dans ce type de dyslexie. Mme Onkelinx m'informe donc qu'elle adressera un courrier reprenant votre questionnement à la Commission de convention logopèdes-organismes assureurs en lui demandant d'argumenter son refus d'envisager le remboursement de traitements dans pareils cas. Il me semble donc qu'elle va dans le sens que vous avez indiqué.

11.03 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, je remercie le secrétaire d'État et, à travers lui, la ministre Onkelinx pour cette réponse. À titre tout à fait anecdotique, je savais qu'elle encourageait la pédagogie immersive. J'en ai pour simple preuve que la première école à la fois francophone et flamande en Wallonie a été créée à Frasnes-lez-Anvaing, alors qu'elle était ministre et sur la base d'une dérogation qu'elle m'avait accordée à l'époque. C'est pour cette raison que je puis vous dire que tout peut arriver dans ce monde. Je suis heureux que cette réponse renvoie à la Commission car il faut clarifier le pourquoi de cet élément de discrimination.

11.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Le sujet mérite certainement débat!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie en Belgique de 1260 médecins urgentistes" (n° 7484)

12 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort van 1260 urgentieartsen bij de Belgische spoedgevallendiensten" (nr. 7484)

12.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, est-ce qu'il y a urgence au sein des urgences?

On peut se poser la question lorsqu'on lit le Dr Jan Stroobants, qui n'est autre que le président de l'Association belge des médecins urgentistes, qui signale un certain nombre de difficultés dont, et ce ne sont pas les moindres, le vieillissement de la population et la pénurie en médecins urgentistes.

Le lundi, on dénombrerait en urgence une population vieillissante plus importante qui nécessite plus de soins ou en tout cas une attention particulière, avec pour conséquence un encombrement des urgences.

Par ailleurs, la pénurie serait telle qu'il manquerait environ 1.200 médecins urgentistes (600 seraient au travail pour 1.800 qui devraient l'être si le cadre était complet).

Dès lors mes questions sont les suivantes.

1. Confirmez-vous ce constat? Est-il conforme aux statistiques du ministère de la Santé?
2. Comment détermine-t-on le nombre de médecins urgentistes nécessaires aux soins à la santé et à la profession médicale?
3. S'il y a effectivement pénurie, est-elle généralisée sur tout le pays ou présente-t-elle des différences régionales?
4. Pour autant qu'il y ait pénurie, prévoit-on des mesures radicales pour la résorber?
5. Je reconnais que les éléments suivants n'ont pas été repris dans ma question écrite mais j'ai été appelé par un médecin urgentiste entre le moment du dépôt de ma question et aujourd'hui. Il m'indique qu'à partir du mois de janvier, les médecins urgentistes devront se retrouver dans les ambulances SMUR. Ils ne sont déjà pas assez dans les services d'urgence, si on doit les placer dans les ambulances, cela diminue encore le nombre.

Par ailleurs, je me suis laissé dire que les honoraires spécifiques appliqués pour combattre l'utilisation abusive des services de l'urgence ne seraient pas souvent appliqués en raison des lourdeurs administratives qui encombreraient encore davantage les services.

Si vous ne disposez pas de réponse pour ces deux derniers éléments, je poserai une nouvelle question.

12.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, le nombre d'urgentistes nécessaires au bon fonctionnement des services d'urgence et des SMUR est estimé en multipliant le nombre de permanences des services (une pour le SMUR, une ou plus selon l'activité du service pour les services d'urgence) par six (le nombre de médecins nécessaires pour assurer une permanence) et par le nombre de ces services.

Le chiffre de 1.860 urgentistes cité par le Dr Stroobants est donc assez proche des besoins réels en urgence.

Le déficit en urgentistes est moins important que celui qui est cité par le BeCEP, qui ne tient pas compte des médecins porteurs du brevet de médecine aiguë (le BMA). J'ai ici un tableau reprenant des chiffres. Je vais vous les citer mais je propose de mettre ce tableau à la disposition du secrétariat de la commission et de M. Crucke.

Pour les médecins urgentistes, il y a en Belgique, 244 spécialistes en médecine aiguë, soit 58 néerlandophones et 186 francophones. Il y a 398 spécialistes en médecine d'urgence, soit 208 néerlandophones et 190 francophones et il y a 1.022 brevets de médecine aiguë, soit 600 néerlandophones et 422 francophones. Il y a ensuite les candidats spécialistes: en médecine aiguë, 32; en médecine d'urgence, 56; titre professionnel particulier en soins urgents, 20.

Il y a donc au total, en date du 29 septembre 2008, 244 spécialistes en médecine aiguë, 398 spécialistes en médecine d'urgence et 1.022 brevets de médecine aiguë, soit 1.664 médecins entrant dans les critères permettant d'exercer la médecine d'urgence. S'ajoutent à ces médecins 108 candidats spécialistes en

formation dans une des filières de la médecine d'urgence. Même en tenant compte d'une proportion non négligeable de BMA n'exerçant pas dans les services d'urgences ou dans les SMUR, vous constaterez que la pénurie de médecins urgentistes est donc moins importante qu'on le dit.

Compte tenu de ce constat, deux mesures ont été prises pour pallier la pénurie d'urgentistes. La première est l'instauration de mesures transitoires autorisant les spécialistes ou candidats spécialistes de troisième année ou plus dans l'une des disciplines visées à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 14 février 2005 à assurer la permanence dans les services d'urgences et les SMUR. Un nouvel arrêté prolongeant ces mesures est en préparation. La deuxième est l'obligation, depuis juin 2008, de former au minimum dix spécialistes en médecine aiguë et cinq spécialistes en médecine d'urgence par an dans les quotas de médecins spécialistes.

Mme Onkelinx vous fait savoir par ailleurs qu'elle étudie la possibilité d'augmenter, comme pour les autres spécialités déficitaires, les quotas de médecins admis dans la spécialisation en médecine d'urgence. Elle demande donc à la commission de planification d'inclure le tableau récapitulatif des urgentistes et candidats urgentistes tel que présenté ici dans son rapport annuel.

Quatrièmement, la situation n'est pas uniforme dans l'ensemble du pays. Le déficit de médecins urgentistes est plus marqué dans les régions frontalières du Nord du pays où nombre de médecins choisissent d'exercer aux Pays-Bas. De l'autre côté, les zones rurales et en particulier la province du Luxembourg concentrent les autres déficits.

Monsieur Crucke, je transmettrai vos deux dernières questions à Mme Onkelinx car je ne peux vérifier vos dires sur les urgentistes qui seraient attachés aux ambulances SMUR en janvier prochain, de même que pour la non-application des tarifs. Je vous propose de vous faire parvenir la réponse de la ministre.

12.03 Jean-Luc Crucke (MR): Je remercie le ministre et je comprends son attitude envers mes deux dernières observations que je n'ai pas vérifiées moi-même et qu'il faut prendre avec toutes les réserves d'usage. La différence entre les chiffres de l'Association belge des médecins urgentistes et ceux que vous communiquez doit se trouver essentiellement dans ce que vous appelez les BMA. Je suppose que ce n'est pas le même diplôme que pour les urgentistes qui font quatre à six ans d'études en sus de leurs sept ans. C'est bien pour cela qu'ils sont reconnus comme urgentistes! Je ne sais pas si la différence de qualité est importante.

12.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Il existe une différence mais les BMA répondent aux critères pour exercer la médecine d'urgence.

12.05 Jean-Luc Crucke (MR): Toujours est-il que cela mérite une certaine attention. En tout cas, je constate une différence au niveau des chiffres. Je vais donc investiguer en la matière. Par ailleurs, je vous remercie pour les informations que vous m'avez communiquées.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les produits cosmétiques pour bébés" (n° 7521)

13 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "cosmetica voor baby's" (nr. 7521)

13.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, l'information provient du Comité pour le développement durable en santé, organisme français patronné par le ministère de la Santé et le ministère du Développement durable, qui a sorti un communiqué au mois de septembre. Ce Comité est composé de 200 professionnels de la santé. Son communiqué précise que les malles distribuées aux parents en maternité contiennent régulièrement des produits qui recèleraient potentiellement un caractère cancérogène.

On sait que les enfants ont une peau plus fragile que celle des adultes. Ce communiqué parle de fortes présomptions, ce qui n'est pas rien. Il dit aussi que cela justifierait le taux de cancers chez les enfants de moins de trois ans, qui augmenterait d'1% par an en Europe.

Les produits dont il s'agit sont des produits basiques: des shampoings, des crèmes, des gels, des couches.

Avez-vous pris connaissance de ce communiqué?

Ces produits sont-ils également distribués sur le marché belge et en milieu hospitalier?

Y a-t-il des craintes à avoir selon les informations dont vous disposez?

Quid de la solution? Faut-il en revenir au fameux principe de précaution: s'il y a le moindre doute, on s'abstient?

Y a-t-il une information complète ou faut-il conseiller aux gens d'en revenir aux méthodes de grands-mères d'antan?

13.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, cher collègue, Mme Onkelinx vous suit certainement sur la question de la vigilance mais peut-être pas sur certaines des conclusions tirées par les articles de presse.

Mme Onkelinx a donc bien pris connaissance des articles parus dans la presse suite à une campagne menée par une association française, le Comité pour le développement durable en santé, mettant en cause les produits cosmétiques pour bébés, plus particulièrement les échantillons distribués dans les maternités.

Il faut rappeler que la sécurité des produits cosmétiques est strictement réglementée au niveau européen et fait l'objet de contrôles spécifiques. Ces produits sont réglementés en Europe par la directive 76/768 transposée en Belgique par l'arrêté royal du 15 octobre 1997.

La directive produits cosmétiques prévoit deux mécanismes qui se superposent pour assurer la sécurité des cosmétiques mis sur le marché. Premièrement, cette directive comporte des restrictions liées à plus de 1.500 ingrédients, à savoir une liste d'ingrédients interdits, une liste d'ingrédients assortis de limitations et une liste d'agents conservateurs autorisés, de colorants autorisés et de filtres ultraviolets autorisés.

Les substances qui sont classées CMR1 ou 2, c'est-à-dire cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, sont interdites pour les produits cosmétiques. Pour les agents conservateurs, les colorants et les filtres UV, seuls ceux repris dans les listes positives peuvent être utilisés, et ce dans le respect des limitations fixées. Ces listes ont été établies sur base des évaluations de sécurité réalisées par le Comité scientifique européen des produits de consommation et par les comités scientifiques antérieurs, en prenant en compte l'ensemble des données toxicologiques disponibles.

J'en viens au deuxième mécanisme. La directive produits cosmétiques impose une évaluation de la sécurité pour la santé humaine de chaque produit cosmétique fini mis sur le marché. Cette évaluation doit prendre en compte le profil toxicologique de chaque ingrédient, les interactions possibles et les caractéristiques d'exposition. L'évaluation doit être réalisée par une personne spécialement qualifiée et doit prendre en compte les données scientifiques les plus récentes. Une évaluation de sécurité spécifique est requise pour les cosmétiques destinés aux enfants de moins de trois ans.

Les dossiers comportant les évaluations de sécurité des produits cosmétiques doivent être tenus à la disposition des autorités compétentes dans le pays de fabrication ou de première mise sur le marché en Europe. Le service d'inspection du SPF Santé publique contrôle donc les dossiers des produits fabriqués en Belgique ou importés pour la première fois dans l'Union européenne via notre pays. Le service d'inspection contrôle également la composition des produits cosmétiques au moyen d'analyses réalisées sur les produits prélevés sur le marché belge. Une attention particulière est portée aux produits destinés aux bébés et jeunes enfants.

Au vu des garanties de sécurité prévues par la réglementation cosmétiques et des contrôles permettant d'assurer la conformité des produits, l'arrêt de la distribution des malles contenant des produits cosmétiques dans les maternités ne paraît pas justifié sur cette base au département. Nous n'envisageons pas de soumettre les produits cosmétiques à un système d'autorisation de mise sur le marché, la réglementation actuelle permettant de garantir la sécurité des produits.

En résumé, monsieur Crucke, la vigilance est certes de mise. Notre mécanisme est fortement réglementé et est suivi scientifiquement. Le département belge concerné ne va donc pas aussi loin quant aux conclusions

tirées par l'association française,

13.03 Jean-Luc Crucke (MR): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour cette réponse. Vous avez rassuré et donné les éléments qui permettent la vérification car il y a à la fois ce système de listes et de dossiers de fabrication. Si un produit est incriminé, il suffit d'en vérifier l'exactitude par rapport à ces deux éléments.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la quote-part personnelle en cas d'hospitalisation" (n° 7550)

14 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de persoonlijke bijdrage in geval van ziekenhuisopname" (nr. 7550)

14.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, les frais de séjour et d'honoraires en milieu hospitalier sont fonction de l'hébergement en chambre simple ou double. Si vous demandez une chambre particulière, le prix sera plus élevé et la prise en charge peut être partielle, selon que vous avez ou non une assurance hospitalisation, ou plusieurs, et que vous dépassez ou non un certain plafond.

Il faut toutefois préciser que, pour les personnes à statut OMNIO, VIPO et les malades chroniques, comme pour les malades mis d'office en chambre individuelle suite à un manque de disponibilité en chambres communes dans l'hôpital ou si leur pathologie l'exige, il n'y a pas de changement de tarifs pour le séjour comme pour les honoraires, conformément aux articles 90, §2 et 138, §1 et 2 de la Réglementation générale.

Le souci est que ces différences d'honoraires, codifiées de manière très restrictive et garantes du maintien d'une médecine libérale de qualité, sont censées être mises à la connaissance du patient lors de la déclaration d'admission. Or ce document est souvent proposé à la signature d'un patient parfois amoindri comme une simple formalité sans importance ni conséquence aucune. De même pendant l'hospitalisation, un certain nombre d'actes médicaux ou paramédicaux de confort sont proposés au patient sans qu'il lui soit précisé au préalable qu'ils ne seront pas couverts par les mutuelles et autres assurances et seront donc in fine à leur seule charge.

Dans le cas d'une hospitalisation longue, pour des personnes à revenus modestes bien que hors du statut OMNIO, cette facture peut atteindre des montants prohibitifs, à une époque où le pouvoir d'achat des ménages se contracte. Très récemment d'ailleurs, les hôpitaux ont tiré la sonnette d'alarme en évoquant la part importante de frais hospitaliers non réglés.

Monsieur le secrétaire d'État, j'aimerais vous demander si la déclaration d'admission mise en place rencontre bien son objectif.

Avez-vous eu connaissance de plaintes concernant des informations non communiquées à des patients, entraînant ensuite des problèmes de règlement de frais d'hospitalisation?

Quelles informations avez-vous sur une possible augmentation d'impayés de ces frais?

Si le problème de règlement des frais d'hospitalisation se fait plus prégnant, quelles mesures comptez-vous prendre pour assurer aux malades une meilleure information sur les frais à venir en cas d'actes non remboursés en totalité et éviter par la suite de grandes difficultés financières? La transparence vaut bien cette publicité.

14.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, la réponse de Mme Onkelinx tient en quatre points.

Premièrement, une évaluation de la déclaration d'admission est en cours. Ce travail débouchera bientôt sur une modification de l'arrêté royal du 17 juin 2004. Les hôpitaux seront obligés à l'avenir de dresser une liste des prix des produits et des services les plus courants qu'ils offrent. Cette liste devra être transmise en même temps que la déclaration d'admission. En outre, la déclaration d'admission devrait donner au patient une image plus complète des coûts auxquels il doit s'attendre, sans cependant avoir l'intention d'être une estimation très précise du coût.

Deuxièmement, à la suite de la loi sur les droits du patient votée par notre assemblée le 22 août 2002 et plus particulièrement l'article 8, §2 de cette loi, tout professionnel est tenu d'informer le patient sur les conséquences financières des soins qu'il lui dispense.

Troisièmement, dans les services de médiation des hôpitaux surgissent parfois des plaintes sur la facture des hôpitaux, sur le manque d'information, sur l'imprécision ou le caractère incomplet des informations données. Le dernier rapport annuel du service de médiation fédéral "droits du patient" souligne cet aspect des choses.

Enfin, quatrièmement, les services de la ministre ont vérifié récemment via les données comptables, à l'occasion d'une autre question parlementaire, s'il y avait une évolution perceptible dans les montants que les hôpitaux réservent pour les créances qu'ils doutent percevoir ou dont ils déclarent qu'ils ne peuvent plus les percevoir, bref, les irrécouvrables. Pour les années 2000 à 2005, ce montant oscillait pour tous les hôpitaux entre 2,5 et 3% du chiffre d'affaires et reste constant, sans hausse significative par rapport aux périodes de référence antérieures.

Madame la présidente, chers collègues, voilà la réponse de Mme Onkelinx à M. Flahaux.

14.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je ne peux que me réjouir de la réponse formulée par le secrétaire d'État au nom de la ministre. L'évaluation de l'information donnée aux patients me semble fondamentale. Je me réjouis donc de la prochaine mise à jour.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de projecten psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT)" (nr. 7554)

15 Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les projets de soins psychiatriques à domicile (SPAD)" (n° 7554)

15.01 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Mijnheer de staatssecretaris, u bent een andere verschijning dan de minister van Sociale Zaken. Nochtans ga ik ervan uit dat u evenzeer ad rem zal antwoorden.

De vraag heeft te maken met de projecten in verband met psychiatrische thuiszorg in het hele landschap van de psychiatrische zorg. Er is de residentiële sector, waar er vrij recente ontwikkelingen zijn, met name een trend om zoveel mogelijk te decentraliseren, patiënten zoveel mogelijk thuis te laten wonen en tegelijkertijd ook de nodige ondersteuning te geven.

Het is een trend die zich ook in de psychiatrie verder heeft ontwikkeld. Er zijn tevens een paar pilootprojecten. Er werden met name 41 projecten inzake psychiatrische thuiszorg uitgebouwd.

In het advies dat door de Nationale Raad voor de Ziekenhuisvoorzieningen werd geformuleerd, wordt, enerzijds, de meerwaarde van voornoemde projecten vastgesteld. Anderzijds komt ook de vraag naar ondersteuning sterker naar voren.

Voornoemde ondersteuning wordt, enerzijds, gevraagd met het oog op een betere werking. Immers, behalve de psychische begeleiding is het belangrijk dat mensen ook op het vlak van werk en huisvesting worden begeleid en georiënteerd. Daarom is er ook de vraag naar verdere ondersteuning, onder andere op het vlak van de werkmiddelen.

Tegelijkertijd wordt ten bate van iedereen die in aanmerking komt – psychiatrische thuiszorg is immers geen oplossing voor alles en iedereen –, gevraagd of er ook een grotere spreiding zou kunnen komen. Het advies van de Nationale Raad voor de Ziekenhuisvoorzieningen stelde immers dat er per 200.000 inwoners één entiteit psychiatrische thuiszorg zou moeten worden geprogrammeerd. Derhalve was er ook de vraag naar uitbreiding van de equipes voor psychiatrische thuiszorg.

Mijn vraag kadert in de opmaak van de begroting.

Ik kan mij voorstellen dat door decentralisatie en dus het opvangen van mensen via thuiszorg ruimte in de

psychiatrische instellingen kan worden vrijgemaakt. Derhalve is het financieel niet noodzakelijk een slechte operatie om psychiatrische thuiszorg te ondersteunen en verder uit te bouwen.

Kan er dus naar aanleiding van de begrotingsopmaak worden voorzien in een uitbreiding van de werkingsmiddelen voor psychische thuiszorg?

15.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw Becq, ik dank u voor uw vraag.

In antwoord op uw vraag wil ik de volgende elementen geven.

De projecten inzake psychiatrische zorg in de thuissituatie spelen een belangrijke rol in de organisatie en de ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg in de thuissituatie. Ze dragen in belangrijke mate bij tot de re-integratie van de persoon in de maatschappij.

Tot nu toe dekt de financiering van de projecten "psychiatrische zorg in de thuissituatie" enkel de loonkosten van twee voltijds equivalenten. De kosten van de werkingsmiddelen worden meestal verhaald op de psychiatrische patiënt, die vaak van een vervangings- of minimuminkomen leeft.

Om de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de projecten in de thuissituatie te vergroten, werd in de begrotingsopmaak een budget opgenomen van 0,5 miljoen euro voor de financiering van de werkingsmiddelen en 1,341 miljoen euro voor de uitbreiding van het aantal projecten. Wij moeten nog even wachten op het resultaat van het begrotingsconclaf, om te zien in welke mate de initiatieven ook behouden blijven in het budget voor 2009, maar wij zullen toch het voorstel steunen om in de budgetten te voorzien voor volgend jaar. Ik vraag daarvoor de steun van alle fracties in de meerderheid.

15.03 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Ik dank u voor uw antwoord. Ik leid er ook uit af dat de bevoegde minister dat steunt en dat zij niet alleen staat en dat ook haar collega's dat mee steunen.

15.04 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: (...) Inderdaad.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van de referentiecentra voor CVS (Chronisch Vermoeidheidssyndroom)" (nr. 7557)

- mevrouw **Maggie De Block** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 7558)

16 **Questions jointes de**

- **M. Koen Bultinck** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation des centres de référence pour le SCF (Syndrome de Fatigue Chronique)" (n° 7557)

- **Mme Maggie De Block** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique" (n° 7558)

16.01 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, was er ook niet een vraag van de heer Dallemagne voorzien, aansluitend bij die vragen?

De **voorzitter**: Neen.

16.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het Federaal Kenniscentrum, waarover wij het daarnet reeds hadden, is befallen van een belangrijke evaluatie in verband met de CVS-centra. Iedereen die het dossier een beetje opvolgt, weet dat reeds sinds 2002 het RIZIV een overeenkomst met een vijftal dergelijke centra had, en dat uiteindelijk de conventie, zoals ze nu bestaat, per 30 september zal vervallen. Ondertussen is er een verlenging van zes maanden voorzien, in afwachting van een aantal concrete beslissingen.

Als ik kernachtig de concrete bezwaren vermeld die in de evaluatie van het Federaal Kenniscentrum gemaakt worden ten opzichte van de centra, dan zijn die tot vijf grote lijnen te herleiden. Ten eerste, het onvoldoende betrekken van de huisartsen. Ten tweede, de fysieke revalidatie in die centra voldoet eigenlijk niet aan wat verwacht zou mogen worden. Ten derde, de resultaten van de cognitieve gedragstherapie

voldoen ruimschoots niet. Ten vierde, men slaagt er niet in de patiënten sociaal voldoende te re-integreren. Ten vijfde, de wachtlijsten zijn veel te lang.

Kernachtig samengevat, stelt het Kenniscentrum zeer duidelijk – daar is niet veel onduidelijke interpretatie over mogelijk – dat, als de referentiecentra niet drastisch het roer omgooien, uiteindelijk de geldkraan moet worden dichtgedraaid. Tenzij er een aantal suggesties van het Kenniscentrum concreet worden omgezet, dan zou er nog enige mogelijkheid zijn om te remediëren. Zeer duidelijk wordt gesteld dat drastisch huisartsen, kinesisten en psychologen op de eerstelijns ingeschakeld moeten worden, zodat de referentiecentra wat efficiënter kunnen gaan werken. Ook moet iedere patiënt van bij het prille begin begeleid worden. Tot slot moet er overgegaan worden tot een systematische registratie van CVS-gegevens tout court.

Mijnheer de minister, daarover heb ik twee zeer duidelijke vragen.

Ten eerste vraag ik naar uw reactie op dat toch wel zeer belangwekkend rapport inzake de betrokken referentiecentra.

Ten tweede, een logische vraag. Is er reeds nagedacht over een bijsturing van het beleid? Als het Kenniscentrum – toch wel een belangrijke instelling – adviseert om de geldkraan binnen afzienbare tijd dicht te draaien, dan mogen wij toch verwachten dat u daarover een concrete mening hebt.

16.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik vind het eveneens een heel belangrijk onderwerp. In het verleden, reeds in 2002 bij de oprichting van die centra, hebben wij met toenmalig minister Vandenbroucke daarover tal van discussies gevoerd waarbij gevraagd werd of er, na de verwijfsbrief, nog wel voldoende contact wordt gehouden met de huisarts, of de patiënt genoeg terugkoppelmogelijkheden heeft naar de huisarts, enzovoort. Telkens werd er veel beloofd. Ook werd gezegd dat er evaluaties zouden volgen.

Ondertussen heb ik een aantal vragen gesteld naar de moeilijkheid om op de wachtlijsten terecht te komen, de moeilijkheid om die wachtlijsten te zien opschieten. Het gaat toch om naar schatting 20.000 tot 25.000 mensen die aan een of andere vorm van het chronisch vermoeidheidssyndroom lijden of die daarbij betrokken zijn.

Hun families zijn daarbij ook betrokken en het heeft ook tal van financiële en sociale consequenties.

De feiten zijn gekend. Een aantal evaluaties in de loop der jaren is allemaal negatief uitgevallen. Jaarlijks blijft er 1,7 miljoen euro van het dierbare budget van Sociale Zaken naartoe gaan. Ik heb geen probleem met het budget dat daar naartoe gaat. Ik heb er wel een probleem mee dat hetzelfde budget daar naartoe blijft gaan als er niets verandert aan de manier van werken van die centra.

Er is nu weer een zeer nefast rapport verschenen. De verschillende items zijn hier opgenoemd. De huisartsen zijn nog altijd niet betrokken in de behandeling en de resultaten zijn quasi nihil. Het minste dat men kan zeggen is dat eraan gewerkt wordt, maar dat is dan ook het enige.

De conclusie van het Kenniscentrum is misschien een beetje choquerend: gooi het roer om, zoek andere methodes of draai de kraan dicht. Toch denk ik dat zij na al die tijd gelijk hebben als zij zeggen dat er iets moet gebeuren.

De verlenging van zes maanden is gebeurd. Nu moet er eindelijk worden beslist. Men kan dat niet blijven vooruitschuiven en er zoveel geld naartoe laten vloeien, zonder dat die mensen worden geholpen. Ik vind dat een schandalige zaak.

Ik heb dan ook de volgende vragen.

Onderschrijft de minister de conclusie van het Kenniscentrum? Erkent zij de evaluatie dat de centra voor chronisch vermoeidheidssyndroom tot nu toe tot niets hebben geleid? Het Kenniscentrum verbindt een aantal voorwaarden aan een verdere subsidiëring. Wat gaat de minister daarmee doen? Welke initiatieven en welk overleg zal zij daarover plannen? Welke alternatieve methode zal zij eventueel overwegen?

16.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, ik dank de twee collega's voor hun

vragen. Ik zal hun het antwoord van mevrouw Onkelinx voorlezen.

De twee vragen verwijzen allebei naar het evaluatierapport van het Kenniscentrum met betrekking tot het chronisch vermoeidheidssyndroom. Dat rapport werd enkele dagen geleden bekendgemaakt. Op basis van het rapport hebben de Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum tegelijkertijd ook een gezamenlijk advies uitgebracht over de zorgverlening voor CVS-patiënten.

In hun gezamenlijk advies stellen het Kenniscentrum en de Hoge Gezondheidsraad dat – ik citeer – “de klinische resultaten van de referentiecentra slechts matig, maar vooral moeilijk te interpreteren zijn.” Toch wordt er geconcludeerd dat het experiment vruchtbaar is geweest, dankzij de ontwikkeling van diagnostische en therapeutische expertise in de referentiecentra.

Als positieve punten van de referentiecentra, worden onder meer vermeld:

Ten eerste, het toepassen van behandelingen waarvan de werkzaamheid in de wetenschappelijke literatuur vermeld staat.

Ten tweede, het bevestigen van de diagnose en de invaliditeitsgraad door de experts van de referentiecentra, die aldus de adviserende geneesheren te hulp komen.

Ten derde, het ter beschikking stellen van psycho-educatie voor de naasten en de familie.

Ten vierde, het lage percentage behandelingsonderbrekingen.

De volgende aspecten in de werking van de referentiecentra zijn volgens het advies van de Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum problematisch: de grote geografische afstand voor veel patiënten, de lange wachttijden, de geringe motivatie van een aantal patiënten, die vooral gericht is op het krijgen van een uitkering, geen of ontoereikende individuele therapie, terwijl de wetenschappelijke kennis betreffende de groepstherapieën zeer beperkt is, onvoldoende contact met huisartsen en kinesitherapeuten, de ontoereikende opleiding van andere zorgactoren, te weinig banden met de externe psychotherapeuten en een leemte in de conceptualisering en het opzetten van zorgnetwerken voor de toekomst.

De Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum concluderen daarom dat de referentiecentra, ondanks de vele positieve punten, ik citeer, “hun belangrijkste missie niet hebben vervuld, namelijk het ontwikkelen van een getrapte zorgorganisatie waarin zij de eerste lijn zouden ondersteunen”.

Voor de toekomst adviseren de Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum de invoering van een meer gestructureerde zorgorganisatie, waarbij de eerste lijn, namelijk de huisarts, de kinesitherapeut of de psycholoog, een centrale rol dient te krijgen, in samenwerking met nabijgelegen tweedelijnscentra en een referentiecentrum.

Het uitbouwen van een dergelijke gestructureerde zorgorganisatie dient in een eerste fase te gebeuren in de vorm van een experiment. Alhoewel de Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum in hun advies kritisch zijn voor de werking van de referentiecentra en, naast een aantal positieve punten, ook op heel wat negatieve punten wijzen, laat het advies toch duidelijk ruimte voor het voortbestaan van de referentiecentra. Ook in een experimentele getrapte zorgorganisatie hebben de derdelijnsreferentiecentra, volgens het advies, immers nog een rol, ook al zouden in dat model de eerste en de tweede lijn een veel belangrijkere rol moeten vervullen.

Dat de huidige financieringsregeling van de referentiecentra zal moeten worden aangepast om een dergelijke getrapte zorgorganisatie waar te maken, is onvermijdbaar.

Het komt de bevoegde organen van het RIZIV toe op dat vlak de nodige initiatieven te nemen. Dat zou echter nog enige tijd in beslag kunnen nemen omdat het advies ter zake geen pasklare recepten bevat en omdat een nieuwe reglementering uitwerken altijd tijd vraagt. Het zou hoe dan ook noodzakelijk kunnen zijn de bestaande overeenkomsten met de referentiecentra die op 31 december 2008 aflopen in een eerste fase nog ongewijzigd te verlengen.

Bij dit alles rijst ook de vraag of alles waar het Kenniscentrum en de Hoge Gezondheidsraad voor pleiten gerealiseerd zal kunnen worden op basis van het huidige budget. Ter herinnering, er werd een

maximumbedrag van 1,6 miljoen euro in 2008 begroot voor de 5 centra, een bedrag dat sinds het begin van de overeenkomst elk jaar wordt geïndexeerd.

De totale specifieke uitgaven van de werking van alle referentiecentra samen bedroegen in 2006 en 2007 slechts respectievelijk 1,2 miljoen en 1,1 miljoen euro.

In het advies wordt er echter voor gepleit verschillende uiteenlopende doelstellingen te realiseren die ieder op zich bijkomende uitgaven met zich kunnen brengen. Ik som drie punten op.

Ten eerste, men wil een ruimere toegankelijkheid van aangepaste zorg realiseren door in de eerste en tweede lijn een behandelingsaanbod uit te bouwen. Ten tweede, men wil veel meer individuele behandelingen aanbieden in plaats van de goedkopere groepstherapieën. Ten derde, men wil een onderzoeksproject uitbouwen inzake klinische efficiëntie en kosten-batenanalyse.

Het is dus opnieuw een probleem van budget. Of het met hetzelfde budget mogelijk is al deze doelstellingen te realiseren is nog de vraag. Dat blijft inderdaad een uitdaging bij de komende onderhandelingen over het budget voor volgend jaar.

Tot daar het lange antwoord van mijn minister, mevrouw de voorzitter.

16.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de staatssecretaris, ik vind het toch een merkwaardig antwoord. Het advies en de evaluaties van zowel het Federaal Kenniscentrum als de Hoge Gezondheidsraad zijn vrij duidelijk. Tegen alle gewoontes in, moet ik eerlijk zeggen, is mevrouw Onkelinx zowel in haar reactie als in haar suggesties inzake de bijsturing van haar beleid, vrij vaag. Dat gaat totaal tegen haar gewoontes in. Ik verheer u niet dat ik verwonderd ben dat, nadat de financiering voor 6 maanden verlengd wordt, zoals de minister nu in haar antwoord laat blijken, zij het ook na 31 december ongewijzigd zal blijven financieren. Dan is uiteraard de logische bijkomende vraag: hoelang wil zij het verder financieren?

Ook rijst de vraag naar de concrete bijsturing van het beleid. De minister zegt heel duidelijk: kijk, een nieuwe financiering uitvoeren zal uiteraard enige tijd vragen want wij moeten een aantal adviesorganen raadplegen. Wij kennen allemaal de problematiek van de enorme hoeveelheid kastjes die bestaan binnen het RIZIV waarvan de adviezen gerespecteerd moeten worden. Ook daar is uiteraard de vraag: binnen welke timing gebeurt dat?

Ondanks het feit dat hier vandaag een zeer duidelijk advies van twee belangrijke instellingen van de sector voorligt, heb ik de indruk dat wij het probleem voor ons uitschuiven. Op dit moment zijn de budgetten zeer krap en uit alle analyses blijkt dat de CVS-centra niet voldoen aan onze verwachtingen, na het opstarten van de projecten in 2002. Daarom ben ik toch verwonderd dat mevrouw de minister verkiest rustig voort te doen alsof er eigenlijk geen fundamentele problemen zijn.

16.06 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het voorlezen van dit uitvoerig antwoord. Wij blijven echter op onze honger zitten. De inventaris is gemaakt. De operatie is mislukt. Is zeg niet dat het haar soloproject is. Zij heeft daarin slechts een beperkte verantwoordelijkheid. Zij heeft echter wel een zware verantwoordelijkheid voor wat nu moet gebeuren. Nu moet het roer worden omgegooid.

Er is een budget bepaald. Laten wij beginnen met de 1,7 miljoen euro die er nu jaarlijks worden aan besteed en nagaan hoe wij het daarmee beter kunnen doen voor de duizenden personen die lijden. Men moet niet spreken over een verhoging van het budget, maar laten wij nagaan hoe wij dat budget anders en beter kunnen aanwenden.

Daarbij kunnen wij misschien tegemoetkomen aan de nadelige punten uit beide rapporten. Zo moet de huisarts erbij worden betrokken. Bij mijn weten zal dat niets kosten. Dat is een budgettair neutrale zaak. U zegt dat de huisarts in de toekomst belangrijker moet zijn, dat de CVS-centra niet goed werken, dat de 20.000 patiënten in de kou zitten en dat er niet genoeg geld meer is. En nu zouden de huisartsen het terugkrijgen. Welnu, als huisarts zeg ik dat ik daarvoor pas. Ik pas ervoor dat wij nu de bal terug krijgen toegespeeld, terwijl wij vanaf 2002 op een zijspoor werden gezet en tal van personen in de kou bleven.

Het is niet de taak van de CVS-centra voor een tegemoetkoming te zorgen. Het is de vraag of men de betrokkenen ermee helpt. Het was de bedoeling betrokkenen te helpen beter te worden door de cognitieve therapie en door andere therapieën, omdat het op dat moment, in 2002, een "nieuwe ziekte" was. Er moest

nog heel wat onderzoek naar worden gedaan en er waren nog heel wat vraagtekens. Ook op wetenschappelijk gebied was er nog niet veel over geweten. Er was ook nog de strijd tussen de verschillende wetenschappelijke richtingen, waarbij de ene dacht dat het meer een immunologische lichamelijke aandoening was, terwijl de andere dacht dat het zich meer bevond tussen de oren van de mensen. Daarover heb ik nog een discussie gehad. Ik zei dat ik geloofde dat in de toekomst nog zou moeten blijken hoe beide strekkingen elkaar zouden ontmoeten. Minister Vandenbroucke zei dat hij mij niet geloofde. In elk geval zal hij hier nog wel eens terugkomen en dan zal ik hem opnieuw erover kunnen aanpakken.

Voor mij is het het belangrijkste dat de patiënten worden geholpen en dat de huisartsen in de toekomst worden betrokken.

Ik ben het helemaal niet eens, en u mag dat met mijn groeten aan mevrouw Onkelinx zeggen, dat men zegt dat de inventaris gemaakt is, dat het op niets trekt, maar dat het een moeilijke beslissing is en we het dus maar verlengen voor volgend jaar met het budget; dat men immers toch onder het begrote budget blijft en dat het wel zal moeten worden verlengd, aangezien er geen alternatief bestaat.

Ik vind dat de oefening moet worden gemaakt door mevrouw Onkelinx om na te gaan wat we binnen dat budget beter kunnen doen voor betrokkenen. Dit is echt beschamend. Dit is echt onvoldoende.

16.07 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Block, ik kan niets anders doen dan akte te nemen van de reacties van de leden, dat begrijpt u wellicht. Ik ben niet bevoegd voor deze materie.

Er is een genuanceerd rapport met positieve en met veel negatieve punten. Ik ben het eens met wat u zegt. We moeten het beter doen met het huidige budget. Dit is een uitdaging voor de minister van Volksgezondheid. Zij moet zich tot doel stellen dit systeem beter te laten functioneren met het voorhanden zijnde budget.

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

17 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie" (nr. 7603)**

17 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le titre professionnel particulier en oncologie médicale" (n° 7603)**

17.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, daarstraks verwees u reeds naar de bijzondere beroepstitels en naar de intentie van de minister om er werk van te maken. U verwees zelfs naar de bijzondere beroepstitels inzake medische oncologie. Ook daaraan ging een heel groot debat vooraf.

Reeds op 24 oktober 2007 werd het ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie en van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie gepubliceerd.

Het gevolg van voornoemd besluit was dat er een heel grote rondetafel op het kabinet van toenmalig minister Demotte werd georganiseerd. Bij die gelegenheid ging het hele veld – dat wil zeggen ook alle orgaanspecialisten en de medische oncologen – rond de tafel zitten om te vermijden dat de expertise en de knowhow die de orgaanspecialisten hebben, verloren zouden gaan.

Ik maak het duidelijk voor u. Bijvoorbeeld, indien een uroloog niet langer in staat zou zijn een prostaatacarcinoom te behandelen, zouden wij eigenlijk een stap achteruitzetten.

Dat was de bezorgdheid die op dat moment leefde.

Niemand ontkent de expertise en de noodzaak van de medische oncologie. Echter, het kan niet dat orgaanspecialisten die – de term zegt het zelf – hun kennis en hun expertise op het domein van de medische oncologie hebben gefocust, niet bij het proces worden betrokken. Niemand ontkent immers dat voornoemde artsen hun bijdrage kunnen leveren en dat zij dus bij de bijzondere beroepstitels moeten worden betrokken. Zij zouden dus hun erkenning moeten kunnen bewaren.

Een en ander heeft tot een consensus geleid. Het is echter heel bizar dat het advies van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen werd gevraagd – het advies werd tegen juni 2008 verwacht – om samen de bijzondere erkenningcriteria te bepalen voor elke basisspecialiteit die voor het verkrijgen van de bijzondere beroepstitel in de oncologie in aanmerking komt.

De Hoge Raad sprak zich uit voor een erkenning door – nu komt het – commissies van orgaanspecialisten.

Iedereen is gevat door wat nu gebeurt. Er werd een ministerieel besluit gepubliceerd houdende de benoeming van de leden van de Nederlandstalige en Franstalige kamer van de Erkenningcommissie van Geneesheren-Specialisten in hun hoedanigheid van houders van de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie.

Mijnheer de minister, voornoemd advies hebben wij nu echt nodig. Daarom heb ik de volgende vragen voor u.

Beschikt u reeds over het advies van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen inzake voornoemde bijzondere erkenningcriteria?

Welk gevolg zal aan het advies worden gegeven?

Er heerst grote ongerustheid bij de orgaanspecialisten. Ik vermeldde daarnet de urologen. De ongerustheid leeft echter zeker ook bij de deelnemers aan de rondetafel, onder meer ook bij de pneumologen. Ze wordt echter door alle orgaanspecialisten gedeeld.

17.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Avontroodt, ik zal u het antwoord van de minister van Volksgezondheid voorlezen.

Als gevolg van de publicatie van het ministerieel besluit van 24 oktober 2007 betreffende de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie en de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie werd inderdaad reeds een erkenningcommissie ingesteld voor de medische oncologie, maar nog niet voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie.

De bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie is toegankelijk voor 13 basisspecialismen zoals gastro-enterologie, pulmonologie en urologie. Ik herinner eraan dat het ministerieel besluit van 24 oktober 2007 alleen de algemene voorwaarden vastlegde waaraan moet worden voldaan om erkenning te verkrijgen, maar dat deze specifieke criteria nog moesten gepreciseerd worden voor elke basisspecialiteit vooraleer de erkenningen kunnen worden toegekend.

Er werden voorstellen gedaan voor meerdere basisspecialiteiten. Die worden thans voor advies geanalyseerd op het niveau van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van huisartsen. Er wordt op deze adviezen gewacht vooraleer eender welke erkenningcommissie voor oncologie kan beslissen over individuele dossiers.

Volgens het advies van de Hoge Raad inzake het type erkenningcommissie dat moet ingesteld worden voor de oncologie moet er geen specifieke commissie worden opgericht voor de oncologie, maar moeten wel de bevoegdheden uitgebreid worden van elke basisspecialiteit tot de erkenning in de oncologie op basis van het advies van experts in dit domein.

Mevrouw Onkelinx heeft het verstrekte advies uiteraard aandachtig bekeken. Ze is echter van mening dat het bepaalde vragen oproept. Is het immers niet belangrijk dat het de geneesheren die bevoegd zijn in het desbetreffende domein zijn die deze adviezen geven en die stemmen over de individuele erkenningaanvragen?

Zouden wij, indien wij het advies van de Hoge Raad volgen, niet het risico lopen dat wij uitkomen op verschillende eisen voor het toekennen van eenzelfde bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie in functie van de beslissende commissie van de basisspecialiteiten? Dat is een vraag.

Het is dus een complexe vraag. Er moet sereen over nagedacht worden. Dit gezegd zijnde is mevrouw Onkelinx zich wel bewust dat een eventuele achterstand bij de oprichting van deze erkenningcommissie voor

bepaalde geneesheren het risico zou doen ontstaan dat ze de mogelijkheid zouden verliezen om een deel van hun opleiding te laten erkennen om deze titel te verkrijgen. Het spreekt voor zich dat er een wijziging van het basisbesluit zal gepubliceerd worden zodat de termijnen voor het voorleggen en de opleidingsperioden die kunnen erkend worden, kunnen aangepast worden aan de situatie.

17.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, dit is een opening.

Als men echter vaststelt dat men nu nieuwe besluiten moet opstellen om de termijnen mogelijk te maken, is er op het terrein toch wel een probleem en is de ongerustheid die men uit terecht.

Ik had daarover graag overleg gepleegd met de minister om er zeker van te zijn dat de piste die destijds beloofd was, die heel veel tijd heeft geveerd en waaraan een rondetafel werd gewijd, niet opnieuw in vraag wordt gesteld maar wel duidelijk wordt uitgevoerd. Dit moet niet om de vrede te bewaren, maar wel omwille van de gefundeerde vraag die was gesteund op het niet laten teloorgaan van de expertise waarover men op het terrein beschikte.

Ik zal het antwoord van de minister met aandacht bekijken en nagaan welke eventuele volgende stappen moeten worden ondernomen. Een nieuw besluit om weer maar uit te stellen, is, mijns inziens, een gevaarlijke piste.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van mevrouw Hilde Vautmans aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een actieplan ter preventie van asioldieren" (nr. 7604)

18 Question de Mme Hilde Vautmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un plan d'action tendant à réduire le nombre d'animaux placés dans les refuges pour animaux" (n° 7604)

18.01 Hilde Vautmans (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik stel u een vraag in het kader van de bevoegdheid inzake dierenwelzijn.

Minister Onkelinx heeft de jaarcijfers voorgesteld van 92 erkende Belgische asielen in 2007. Die cijfers geven weer hoeveel dieren er werden opgevangen en wat er nadien met hen gebeurde. Men stelt in de eerste plaats een lichte daling van het aantal asioldieren dat in 2007 werd opgevangen, vast. Het totaal bedraagt echter nog steeds 81.659 dieren die wij in onze asielen hebben opgevangen. Daaronder waren er 34.944 honden en 33.696 katten. 35% van de opgevangen katten en 18% van de opgevangen honden heeft men helaas moeten doen inslapen. Mij lijkt dat toch wel een heel hoog aantal.

Op 1 januari van volgend jaar wordt een nieuwe wet van kracht, die het houden en tentoonstellen van honden en katten in winkels zal verbieden. Algemeen verwacht men daarvan dat het aantal asioldieren zal doen afnemen. Het aantal gedumpte dieren ligt echter nog zo hoog, mijnheer de staatssecretaris, dat er volgens mij echt nood is aan een actieplan met een concrete langetermijndoelstelling om het aantal drastisch terug te dringen.

Om die reden heb ik een paar vragen, mijnheer de staatssecretaris.

Ten eerste, honden moeten in de toekomst verplicht worden gechipt. Zal de minister inspanningen leveren om de identificatieplicht te doen naleven? Ik wil er toch nog eens op wijzen dat er op dit ogenblik 34.944 honden in onze asielen zitten.

Ten tweede, grootschalige sterilisaties en castraties van katten hebben het aantal opgevangen katten in asielen doen verminderen. Welke maatregelen zal de minister nog nemen om die ingrepen financieel aantrekkelijker te maken en het belang ervan kenbaar te maken aan het grote publiek?

Ten derde, zal de minister een langetermijnvisie ontwikkelen om het aantal asioldieren drastisch terug te dringen?

18.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, ik dank mevrouw Vautmans voor haar

vraag.

Mevrouw Vautmans, er staan drie elementen in uw vraag, ten eerste de identificatieplicht, ten tweede de maatregelen en ten derde de langetermijnvisie.

Wat uw eerste vraag betreft, telkens wanneer de dienst Inspectie Dierenwelzijn een controle uitvoert op een plaats waar zich honden bevinden, wordt tevens de identificatie en registratie van de dieren nagegaan. Sinds drie jaar organiseert de dienst Inspectie Dierenwelzijn in samenwerking met de lokale politie controleacties omtrent de identificatie van honden. Ingeval van overtreding krijgt de verantwoordelijke een waarschuwing en een termijn waarbinnen hij zich in orde moet stellen. Doet hij dat niet, dan wordt een proces-verbaal opgesteld dat aanleiding geeft tot een administratieve boete of een gerechtelijke vervolging. Die controleacties blijken vruchten af te werpen. In 2008 bleek immers slechts 6 procent van de gecontroleerde honden niet in orde te zijn, tegenover respectievelijk 12 procent in 2006 en 8 procent in 2007. Ten slotte voert de Belgische Vereniging voor Identificatie en Registratie van Honden ook informatieve campagnes om het publiek op de hoogte te brengen van de registratieplicht. Regelmatig wordt in samenwerking met de lokale politie en de dienst Inspectie Dierenwelzijn na die informatieve fase ook repressief opgetreden.

Wat de maatregelen betreft, om het grote publiek te sensibiliseren voor de problematiek van de overbevolking van katten, heeft de dienst Dierenwelzijn een folder aangaande de sterilisatie van de dieren verdeeld. Bovendien is er overleg tussen de faculteiten Diergeneeskunde van de universiteiten van Gent en Luik en de asielen om een samenwerking op te starten voor de sterilisatie van katten in die instellingen. Op federaal niveau is echter in geen budget voorzien voor de financiering van sterilisatieprojecten.

Momenteel worden de meeste van die projecten gesteund door de lokale overheden of vzw's.

Ik kom nu tot uw derde punt in verband met een langetermijnvisie. Er werd reeds een hele reeks maatregelen genomen om het aantal dieren in asielen te verminderen, waaronder het verbod tot verkoop van honden en katten op markten, de verplichte identificatie en registratie van honden, het opleggen van erkenningsvoorwaarden aan fokkers van honden en katten en dierenhandelszaken.

Voorts gaat het ook om het verbod om publiciteit te maken voor de verkoop van honden en katten teneinde zwartkweken en impulsaankopen tegen te gaan. Enkel erkende fokkers, handelaars en asielen mogen immers overal publiciteit maken. Particulieren moeten zich beperken tot gespecialiseerde tijdschriften.

De volgende maatregel die in werking zal treden op 1 januari 2009 is het verbod op de verkoop van honden en katten in handelszaken. Momenteel is moeilijk in te schatten welk effect deze maatregel zal hebben op het aantal dieren opgevangen in asielen.

Bovendien buigt een werkgroep van de Raad voor Dierenwelzijn zich momenteel over de problematiek van de overbevolking bij katten. Deze werkgroep onderzoekt tevens verschillende methodes om de populatie zwerkatten in te dijken.

Parallel hieraan heeft de dienst Dierenwelzijn in het kader van het contractueel wetenschappelijk onderzoek een voorstel gelanceerd voor een studie aangaande de vroegtijdige sterilisatie van katten. Indien blijkt dat deze methode geen nadelige invloed heeft en het welzijn van de kat niet aantast, zou deze in de praktijk kunnen worden gebracht, waardoor het aantal ongewenste nestjes zou verminderen en bijgevolg ook het aantal achtergelaten dieren en het aantal gevallen van verwaarlozing.

Tot zover het antwoord van de minister van Volksgezondheid.

18.03 Hilde Vautmans (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ten eerste, wat betreft het antwoord inzake identificatieplicht van honden denk ik dat het zinvol zou zijn om ook de stadswachten daarbij te betrekken. Dat is natuurlijk iets wat we op lokaal niveau moeten doen. Ik heb dat voorstel al gelanceerd in de Hasseltse gemeenteraad. In onze stad zullen ook de stadswachten een cursus krijgen rond dierenwelzijn om de mensen attent te maken op hun plichten jegens hun dieren. Dat is natuurlijk iets wat we elk in onze eigen stad of gemeente kunnen doen. We kunnen de stadswachten die toch rondlopen in de steden en gemeenten er attent op maken dat ze ook aandacht moeten hebben voor de dieren in onze steden en dorpen.

Ten tweede, wat de grootschalige sterilisatie en castratie van katten betreft, denk ik dat wij inderdaad de

resultaten van de werkgroep moeten afwachten. Een voorstel dat Gaia ter tafel legt is dat de btw daarop zou worden verlaagd tot 6%. Dat is natuurlijk maar een kleine stap maar ik meen dat men dit zeker moet meenemen om dit financieel aantrekkelijk te maken. Ik weet dat in vele steden en dorpen de lokale overheden hiervoor geld ter beschikking stellen. Ook een aantal vzw's is daarin actief. Ik meen echter dat zij wel ondersteuning kunnen gebruiken. Als men kijkt naar het aantal katten dat momenteel wordt opgevangen en als men weet hoeveel keer per jaar een kat kan jongen en hoeveel jongen ze op de wereld kan zetten, dan weten we allemaal dat hier dringend tegen opgetreden moet worden.

Ten derde, wat betreft de langetermijnvisie hoor ik weinig nieuws. Ik hoor dat een aantal dingen op poten staat maar ik hoor heel weinig nieuws. We moeten daar eens verder over nadenken en kijken welke maatregelen er bijkomend in andere landen worden genomen. We moeten over de grenzen durven kijken. Ik weet totaal niet hoe de situatie in andere landen is maar we moeten durven kijken hoe men daar het probleem aanpakt. Ook de buurlanden worden daarmee immers geconfronteerd. Ik wacht alleszins de resultaten van de werkgroep af en ik hoop dat u de minister zult zeggen dat we moeten proberen om echt een gecoördineerd actieplan op poten te zetten.

La **présidente**: Monsieur le secrétaire d'État, nous en arrivons à présent aux questions concernant vos compétences.

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

19 Vraag van de heer Hans Bonte aan de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "het rapport Problematische schulden van de FOD Sociale Zekerheid" (nr. 7442)

19 Question de M. Hans Bonte au secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, adjoint à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "le rapport relatif au surendettement du SPF Sécurité sociale" (n° 7442)

19.01 Hans Bonte (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de voorzitter, eerst en vooral mijn dank voor uw gastvrijheid. Wij hebben nog niet het genoegen gehad om met de commissie voor de Sociale Zaken bijeen te komen. Mijnheer de staatssecretaris, bedankt voor de souplesse om in deze commissie op mijn vraag te antwoorden.

Mijnheer de staatssecretaris, het betreft hier in elk geval een thema dat past in uw beleidsbrief en uw politieke acties als staatssecretaris van Armoedebestrijding.

Ons land ziet vandaag een orkaan over zich gaan ten gevolge van de kredietcrisis. Er zou minstens even veel aandacht in de samenleving moeten gaan naar de hele problematiek van schulden, schuldeisers, gerechtsdeurwaarders. In dat moeilijke werkveld situeert zich het probleem van de consumentenkredieten. Eind juni 2008 hebben wij opnieuw moeten vaststellen dat het aantal mensen met consumentenkredieten fors stijgt. Er is voor 5,5 miljoen consumentenkredieten bij de Nationale Bank geregistreerd. Ook het aantal wanbetalers stijgt: we pieken nu op 340.000 mensen, die als wanbetalers van kredieten geregistreerd zijn. Het aantal achterstallige kredieten is nog groter.

Ik verwijs niet naar de groeiende cijfers van de collectieve schuldenregeling. Ik hoop dat daarvoor meer mogelijkheden in het budget zullen worden vrijgemaakt. Als voorzitter van het OCMW – dit geldt niet alleen voor Vilvoorde – kan ik wel getuigen dat de koopkrachtproblematiek zich zeer sterk aan het vertalen is naar armoedeproblematiek. Het aantal mensen met budgetbegeleiding, budgetbeheer, collectieve schuldbemiddeling neemt alsmaar toe.

Ik was aangenaam verrast dat wij in de zomer op vraag van de FOD Sociale Zekerheid een rapport op onze tafel kregen, working paper nr. 1, wat zeker het lezen waard is. In dat rapport, dat een weerslag van een onderzoek van de universiteit van Antwerpen, van het Centrum voor Sociaal Beleid wordt nagegaan wat de factor wanbetaling van consumentenkredieten betekent als een hefboom naar bestaansonzekerheid en armoede. Ik heb de onderzoeksresultaten een paar keer bekeken en de cijfers zijn zo schrijnend dat ze zouden moeten kunnen aanzetten tot nieuwe initiatieven en acties.

Ik geef een paar cijfers. 8% van de bevolking leeft in een gezin dat afbetalingen van de consumentenkredieten als een zware last beschouwt. De universiteit is ook tot de vaststelling gekomen dat

5% van de bevolking bestaansonzeker wordt door het afbetalen van consumentenkredieten. 6% van de bevolking leeft in gezinnen met minstens twee achterstallige betalingen voor elektriciteit.

Wat ik in de schriftelijke weerslag van mijn vraag niet heb geformuleerd, maar wat net zo duidelijk is, is dat de groep wanbetalers die in armoede geraken door die consumentenkredieten 2% bedraagt. Het gaat met andere woorden om 200.000 mensen in onze samenleving die arm worden door overmatige consumentenkredieten.

De algemene vraag die ik ter zake heb, is welke conclusies u daaruit trekt als eerste strijder tegen de armoede. In de lijn daarvan heb ik deze zomer gemerkt dat u nogal fors hebt uitgehaald naar de commerciële politiek van de marktleider in consumentenkredieten, namelijk Citibank. Ik houd u daarbij niet tegen. U hebt inderdaad vastgesteld - ik heb dit reeds jaren geleden aangekaart maar het wordt er niet beter op - dat men op bijna elke hoek van de straat wordt aangesproken door verkopers voor het sluiten van kredieten. Daarbij loopt er nogal wat mank op het vlak van de informatieverstrekking.

Mijn twee vragen zijn eigenlijk eenvoudig. Welke conclusie trekt u uit het rapport?

Ik heb ook zeer goed begrepen dat u uw collega van Economie zou vragen om op te treden tegen de commerciële politiek van Citibank. Wat was de reactie van de minister van Economie? Heeft hij ter zake al voorstellen geformuleerd? Heeft hij besluiten in de maak enzovoort?

Ik had op die twee vragen graag een antwoord gekregen.

19.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, voorafgaandelijk over de orde van de werkzaamheden, wordt morgenochtend het armoedeactieplan in de commissie voorgesteld, waarna er een debat met de leden volgt, onder andere over de schuldoverlast.

Ik kom tot de vraag. Collega Bonte, ik ben het ter zake helemaal eens met u. U hebt ook verwezen naar mijn uitspraken in verband met het onderwerp. Ik heb ook uw opmerkingen gelezen in een inhoudelijk zeer interessant artikel, ik citeer: "Elke dag 215 wanbetalers erbij."

Het rapport van de FOD Sociale Zekerheid over problematische schulden in België is zeker waardevol. Het handelt met name over de indicatoren op basis van SILC 2004 en het profiel van de bevolking met schuldoverlast. Schulden kunnen inderdaad zowel oorzaak als gevolg zijn van armoede. Daarom is het bijhouden van cijfergegevens hierover bijzonder belangrijk voor het armoedebeleid.

De studie stelt voor om twee indicatoren te hanteren voor het meten van problematische schuldsituaties, namelijk het percentage van personen in huishoudens met minstens twee achterstallige betalingen voor facturen van elektriciteit, water of gas, huur of hypotheek, of gezondheidszorg; en het percentage van personen in huishoudens die dieper onder de armoedegrens zakken door de afbetaling van consumentenkredieten. Voor de SILC van 2008 gaat het respectievelijk om 6 en 5% van de bevolking. U merkt terecht op dat die cijfers waarschijnlijk een onderschatting zijn van de huidige realiteit.

Zo stelde het Waalse Observatoire du Crédit et de l'Endettement dit jaar vast dat het aantal procedures in verband met onvermogen voortdurend in stijgende lijn gaat en maakte het Vlaams Centrum voor Schuldbemiddeling bekend dat één op dertig Vlamingen momenteel aan schuldbemiddeling doet. Ik ben dan ook van plan om beide indicatoren, zoals voorgesteld door de studie, op te nemen in mijn armoedebaremeter, die in 2009 operationeel zou zijn, zodat de evolutie van de schuldoverlast in België op de voet kan worden gevolgd, niet alleen door de beleidsmakers, maar ook door het grote publiek.

Wat de schuldoverlast in ons land betreft, is er echter niet alleen de stijgende levensduur, maar moeten ook de agressieve verkoopstechnieken van bepaalde kredietverstrekkers met de vinger worden gewezen. Daarom heb ik – zoals u reeds vermeldde – een brief geschreven aan mijn collega, de heer Van Quickenborne, de minister van Ondernemen en Vereenvoudigen, om de wettelijkheid te onderzoeken van bepaalde praktijken, zoals de verkoop van kredietkaarten in stations, met name door Citibank.

In zijn antwoord van 10 september jongstleden verklaarde de minister dat er al een onderzoek lopende was door de directie Controle en Bemiddeling naar bepaalde praktijken van Citibank. De minister stelde dat er ook een onderzoek zou worden geopend naar het gebruik van stands in de publieke ruimte. Hij wijst er wel op dat alle firma's die kredietopeningen promoten, moeten beschikken over een inschrijving als

kredietbemiddelaar, volgens artikel 1, 3° van de wet van 12 juni 1991 op het consumentenkrediet, en zij ook aan alle andere voorwaarden van dezelfde wet moeten voldoen. Tot op heden werden er bij de door de directie Controle en Bemiddeling gecontroleerde firma's geen overtredingen vastgesteld, aldus de minister. Wel is er volgens mijn collega al ingegrepen om de folders die op dergelijke stands worden verspreid, aan te passen om te voldoen aan de bepalingen van de wet van 14 juli 1991 op de handelspraktijken.

Ten slotte wil ik er nog op wijzen dat ik in het federaal plan Armoedebestrijding ook een pakket maatregelen heb opgenomen met betrekking tot schuldoverlast, onder andere de voldoende en structurele financiering van het Fonds ter bestrijding van overmatige schuldenlast, de optimalisering van de wet van 1991 op het consumentenkrediet, meer bepaald met betrekking tot reclame en kredietopeningen, de verbetering van de communicatie tussen schuldbemiddelaar en schuldenaar in de wet op de collectieve schuldenregeling en ook een onderzoek naar de praktijken van sommige deurwaarders, zeker op het vlak van minnelijke invorderingen.

Deze maatregelen worden momenteel besproken op de bevoegde kabinetten van de ministers van Consumentenzaken, Ondernemen en Justitie. Natuurlijk kan het Parlement hier ook zijn rol spelen. Er zijn met name een reeks wetsvoorstellen ter zake die in de richting van het armoedeplan gaan. Uiteraard steun ik ze helemaal.

In het licht van de actualiteit van de financiële crisis is het immers meer dan noodzakelijk gebleken om op het vlak van kredietverlening voldoende regulering in te bouwen om ervoor te zorgen dat de consumenten en zeker de zwaksten onder hen, niet het slachtoffer worden van de "ongebreidelde winsthonger" van sommigen in de financiële sector. Ik hoop op dit vlak reeds enige vooruitgang te kunnen boeken voor de eerste kwartaalevaluatie van het federale armoedeplan. Die evaluatie moet in december plaatsvinden.

Collega's, mijnheer Bonte, dit was mijn antwoord op uw opmerkingen en vragen.

19.03 Hans Bonte (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, uit uw antwoord blijken een aantal initiatieven en engagementen, waarvoor dank.

Ik begin met het eerste deel in verband met het rapport. U geeft correct weer wat de conclusies zijn van het rapport. U doet echter een beetje oneer aan aan een van de, volgens mij, belangrijkste conclusies. Men is in dat onderzoek nagegaan wat de oorzaken kunnen zijn die leiden tot armoede. Het is net het in de problemen geraken door consumentenkredieten dat als indicator, als factor aangeduid wordt bij 2% van onze gezinnen. Met andere woorden, de cijfers zijn hier minder belangrijk. Het zijn ook cijfers uit 2004. U hebt terecht verwezen naar recentere cijfers. De cijfers zijn minder belangrijk, maar het is hier wel voor de eerste keer dat men duidelijk de oorzaak van armoede terugvindt bij die consumentenkredieten. Het is dus een probleem dat armoede creëert. Dat is volgens mij de belangrijkste conclusie. Ik deel ook uw mening dat de cijfers wellicht onder geraamd zijn, wetende wat wij weten.

Ik kom dan aan het antwoord dat u ontvangen hebt en waaruit u citeert van de minister van Ondernemen en Vereenvoudigen. Als ik het goed begrepen heb, loopt er een onderzoek omtrent een aantal zaken, maar is er geen enkele inbreuk vastgesteld. Als het zo is dat er geen inbreuk is op die wetgeving, op die reglementering, maar u weet tegelijk dat ze zoveel ellende veroorzaakt, dan mankeert er iets aan onze wetgeving. Het is dan misschien tijd dat wij, in het kader van de strijd tegen de armoede, de wetgeving vernieuwen. Het is misschien het beste moment, aangezien nu iedereen ervan overtuigd is dat de bancaire sector veel meer controle en reglementering nodig heeft om hetgeen wij vandaag tegenkomen te vermijden.

Dat neemt niet weg dat ik ervan overtuigd ben, en ik blijkbaar niet alleen, dat de wetgeving die vandaag gehanteerd wordt niet nageleefd wordt of niet altijd nageleefd wordt.

Het is niet voor niets dat Citibank door de Belgische rechtbank werd gedagvaard. Het verbaast mij dat de minister daarnaar niet verwijst. Citibank werd door het Brussels parket gedagvaard, precies wegens het feit dat een aantal tekortkomingen werd vastgesteld op het vlak van het commercieel beleid.

Het is in elk geval een thema waarop we morgen nog kunnen doorgaan en waarop we in de toekomst zeker nog zullen doorgaan. Ik wil de staatssecretaris aanmoedigen om op dat terrein verder te gaan.

La **présidente**: Nous approfondirons ce sujet demain.

19.04 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Bonte, misschien was ik niet duidelijk. In het onderzoek naar Citibank werd geen beslissing genomen over de mogelijke problemen. Over Citibank is er dus nog geen besluit over dat onderzoek.

Wat ik wel heb gezegd, is dat de ondernemingen die kredietopeningen doen, een accreditatie moeten hebben. Daarentoeg alleen is er geen overtreding vastgesteld.

Ik ben het eens met u dat de wetgeving gewijzigd en verbeterd moet worden. Ik hoop dat wij daarover een debat zullen kunnen voeren in het Parlement, over publiciteit, kredietopeningen, deurwaarders en dergelijke. Dat is ingeschreven in het actieplan, dus hoop ik samen in het Parlement dat debat te kunnen voeren. Dat is inderdaad belangrijk om de armoede te kunnen voorkomen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "het uitblijven van de realisatie van een rechtsbijstandgids" (nr. 7590)

20 Question de Mme Rita De Bont au secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, adjoint à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "l'absence d'un guide en matière de protection juridique" (n° 7590)

20.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik heb nog twee korte vragen voor u.

In het verslag 2007 inzake de Strijd tegen de Armoede; Evoluties en Perspectieven; Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting wordt inzake de toegang tot justitie voor een betere informatie voor de gebruikers van justitie gepleit.

Om het voorgaande te verwezenlijken, werd, onder meer op verzoek van de verenigingen waar armen het woord nemen, op de samenstelling van een rechtsbijstandsgids aangedrongen.

In het verslag staat ook dat, hoewel het kabinet van de minister van Justitie zijn engagement ter zake heeft uitgesproken, een dergelijke gids nog niet is verschenen. Nochtans blijft een en ander een prangende vraag van bedoelde verenigingen.

Zijn de werkzaamheden tot het samenstellen van een rechtsbijstandsgids ondertussen verder gevorderd?

Ten tweede, tegen welke datum verwacht de minister dat een dergelijke gids ter beschikking zou kunnen worden gesteld?

20.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega, in antwoord op uw vraag over welke opvolging werd gegeven aan de aanbevelingen van het Steunpunt tot bestrijding van armoede om een rechtsbijstandsgids op te stellen, teneinde de toegang tot justitie voor de armsten te verbeteren, kan ik u het volgende mededelen.

Ten eerste, de vorige minister van Justitie stond inderdaad positief tegenover het realiseren van een dergelijke rechtsbijstandsgids. Bedoelde gids kon jammer genoeg niet meer tijdens de vorige legislatuur worden gerealiseerd. De nieuwe minister van Justitie heeft de aanbeveling in kwestie niet in zijn jongste beleidsbrief opgenomen. Hij heeft echter gekozen voor een aantal andere pistes tot verbetering van de toegang tot justitie.

Ten tweede, in het Federaal Plan inzake Armoedebestrijding werden een aantal voorstellen ter zake opgenomen. Zo verbindt de minister van Justitie zich ertoe om één enkel loket voor rechtshulp en rechtsbijstand op te richten, teneinde de administratieve stappen te vereenvoudigen.

Bovendien werd in uitvoering van mijn armoedeplan een werkgroep opgestart door mijn kabinet en dat van de minister van Justitie om de rechtstaat te democratiseren en ervaringsdeskundigen te integreren in het rechtsbestel.

Ten slotte, in gezamenlijk overleg komt er ook een doorlichting van de commissies voor juridische bijstand in elk gerechtelijk arrondissement. Zij hebben precies tot doel informatie te verspreiden aan en de toegang te verbeteren voor de meest kwetsbare sociale groepen.

20.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mijnheer de staatssecretaris, de projecten die u aankondigt, zijn natuurlijk ook interessant. Natuurlijk kan niet alles in één dag worden verwezenlijkt. Ik ben van mening dat zo'n gids informatief belangrijk kan zijn om de betrokkenen preventief te informeren over hun rechten. Wanneer zij naar een loket gaan, weten zij dat zij daar iets kunnen vertellen. In die gids vinden zij echter misschien dat zij het recht hebben om iets aan te klagen, zonder dat zij het weten. Misschien kan dat later nog worden opgenomen in de doelstellingen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

21 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "het evalueren van de effecten van de liberalisering van de gas- en elektriciteitsmarkten" (nr. 7591)

21 Question de Mme Rita De Bont au secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, adjoint à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "l'évaluation des effets de la libéralisation des marchés du gaz et de l'électricité" (n° 7591)

21.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, voor deze laatste vraag heb ik mij laten inspireren door hetzelfde verslag waarvan ik durf zeggen dat het interessante lektuur is om mee te nemen op vakantie.

Deze vraag gaat over de liberalisering van de gas- en elektriciteitsmarkten. Het functioneren van de geliberaliseerde gas- en elektriciteitsmarkten zou het onderwerp moeten uitmaken van een evaluatie op het niveau van de drie Gewesten en van het federale niveau, en dat dan wel vanuit de invalshoek van de sociale gevolgen die dat kan hebben. Daarbij zouden vertegenwoordigers van het geheel van de actoren betrokken moeten worden.

Het steunpunt zou aan een dergelijk initiatief kunnen meewerken, in naam dan van de mensen of organisaties van mensen die in armoede leven. Dat is ook een van de aanbevelingen van het steunpunt.

Mijnheer de staatssecretaris, mijn vragen zijn de volgende.

Welke initiatieven hebt u ondertussen reeds genomen om die aanbeveling eventueel op te volgen?

Bent u er voorstander van om het steunpunt daarin te betrekken?

21.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw de voorzitter, collega's, mevrouw De Bont, dat is inderdaad een zeer belangrijke vraag.

In antwoord op uw vraag betreffende de aanbevelingen van het Steunpunt tot bestrijding van armoede over de sociale gevolgen van de liberalisering van de energiemarkt in België, kan ik u het volgende antwoorden.

Een gewaarborgde toegang tot energie voor iedereen, ook voor de meest kansarmen, is een van de zes doelstellingen die vervat zijn in mijn federaal armoedeplan. In voorstel 47 van mijn federaal plan verbindt de federale regering er zich toe, samen met alle overheden in ons land, de toegang tot energie voor iedereen te waarborgen als wezenlijk onderdeel van het recht om een leven te leiden dat overeenstemt met de menselijke waardigheid.

Ik pleit er dus voor dat de toegang tot energie als basisrecht voor iedereen wordt erkend en in de Grondwet wordt ingeschreven.

Meer concreet staan in het plan ook maatregelen om het sociaal tarief te optimaliseren. Sinds de liberalisering waren er immers problemen met de toepassing van het sociale energietarief, dat niet langer het goedkoopste was dat op de markt werd aangeboden. Ondertussen werden er maatregelen genomen door de federale regering om er opnieuw voor te zorgen dat het sociaal tarief wel degelijk het goedkoopste is. In

het federaal plan werd bovendien opgenomen dat de automatische toekenning van dit sociaal tarief nu zo snel mogelijk moet gebeuren, om ervoor te zorgen dat iedereen die er recht op heeft er ook daadwerkelijk van kan genieten. De departementen zijn nu bezig met dit werk. Wij hopen dat de automatische toekenning in de eerste helft van 2009 effectief zal worden.

Ondertussen zit ook de aanstelling van de federale ombudsman in de laatste rechte lijn. Aangezien er zich geen valabele kandidaten hebben aangeboden op de eerste oproep, moet een tweede oproep gedaan worden. Bovendien werden er ondertussen nog een aantal bijkomende maatregelen genomen door de regering, om de zwaksten te ondersteunen, die het meest lijden onder de stijgende energieprijzen, met name door het invoeren van extra tegemoetkomingen voor stookolie, gas en elektriciteit en door de versterking van het Fonds ter reductie van de globale energiekost.

Ook op het niveau van de Gewesten worden diverse maatregelen genomen om de sociale gevolgen van de liberalisering te evalueren en van nabij op te volgen. Zo is er in het Vlaams Parlement een speciale subcommissie Energie en Armoede actief, die samen met alle actoren, waaronder de armoedeorganisaties, de sociale gevolgen van de liberalisering evalueert en opvolgt. Wat het Brussels Gewest betreft, werd het steunpunt zopas gevraagd om een toelichting te komen geven in de commissie Leefmilieu van het Brussels Parlement.

Ook in het Waals Gewest worden acties ter zake ondernomen.

Tot besluit kan ik stellen dat de sociale gevolgen van de liberalisering van de energiemarkt dus wel degelijk worden opgevolgd en dat het steunpunt hierbij een belangrijke rol speelt. Nochtans zou het goed zijn om alle genomen maatregelen op de diverse beleidsniveaus samen te leggen op een interministeriële conferentie. Ik zal dat voorleggen aan mijn collega's. Ik pleit ook voor een harmonisatie tussen de federale maatregelen en de gewestelijke maatregelen ter bescherming van de klanten. Er moet een harmonisatie komen daaromtrent. Tot hier enkele elementen van antwoord op uw vraag over een zeer grote uitdaging voor onze maatschappij.

21.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, dank u voor uw initiatieven. Ik denk dat wij al een beetje vooroplopen op het armoedeplan dat u morgen zult voorstellen. Het lijkt dat u er wel werk van maakt: de liberalisering van de gas- en elektriciteitsmarkt brengt niet zomaar uit zichzelf lagere tarieven met zich mee of toegankelijkheid tot energie. Dank u dus voor de initiatieven die u hebt genomen en voor het verdere onderzoek en de harmonisering die wij in de toekomst nog kunnen verwachten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.05 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17.05 heures.