

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 12 FEBRUARI 2008

Namiddag

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

du

MARDI 12 FÉVRIER 2008

Après-midi

La séance est ouverte à 14.24 heures par Mme Muriel Gerken, présidente.
De vergadering wordt geopend om 14.24 uur door mevrouw Muriel Gerken, voorzitter.

01 Question de Mme Florence Reuter à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'achat de médicaments à l'étranger" (n° 1660)

01 Vraag van mevrouw Florence Reuter aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het shoppen voor geneesmiddelen in het buitenland" (nr. 1660)

01.01 Florence Reuter (MR): J'ai entendu parler d'un phénomène interpellant qui est l'achat de médicaments de l'autre côté de la frontière. De plus en plus de Belges se rendent aux Pays-Bas pour acheter leurs médicaments – des médicaments prescrits mais qui sont mieux ou totalement remboursés aux Pays-Bas – qu'ils reçoivent donc gratuitement ou presque puisqu'ils peuvent bénéficier des mêmes conditions que les patients néerlandais. L'assureur néerlandais recouvre ensuite ces frais auprès de l'INAMI, et donc au final c'est l'INAMI qui paye pour ces patients peu scrupuleux.

Les questions sont celles-ci. Avez-vous entendu parler de ce phénomène? Une estimation de cette fraude a-t-elle déjà été réalisée? Si oui, à combien s'élèvent les montants indûment attribués? Sinon, une étude sera-t-elle mise en place pour cerner ce phénomène?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Vous avez raison, ce phénomène existe, mais nous n'avons pas d'estimation de la fraude car les informations dont on dispose ne permettent pas de collecter les données chiffrées pertinentes concernant le montant que l'assurance obligatoire "soins de santé" belge doit rembourser aux Pays-Bas pour des médicaments délivrés à des assurés belges.

Il y a évidemment une fraude puisqu'il s'agit d'une utilisation à tort de la carte européenne d'assurance maladie, fraude sur laquelle l'INAMI travaille pour le moment. Il a pris contact avec l'autorité néerlandaise qui l'a averti de cette réalité. Pour le moment, il examine les mesures qui pourraient être prises afin d'assurer une utilisation correcte de cette carte européenne d'assurance par les assurés belges et pour contrer la fraude.

01.03 Florence Reuter (MR): Je vous remercie pour ces réponses. J'imagine que nous aurons l'occasion de revenir sur ce problème. L'INAMI peut quand même vérifier combien il rembourse aux Pays-Bas?

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est là-dessus qu'il travaille actuellement.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente:** La question de M. Bellot (n° 1685) est transformée en question écrite. La question de Mme Galant (n° 1731) est reportée.

02 **Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het kankerplan" (nr. 1810)**

02 **Question de Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan de lutte contre le cancer" (n° 1810)**

M. Doomst, qui avait initialement une question jointe (n° 1744) a retiré celle-ci.

02.01 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de vragen die ik heb gesteld, gaan over het door u voorgestelde nieuwe kankerplan. Misschien zijn sommige vragen wat achterhaald, omdat er ondertussen – sinds de vraag werd geformuleerd en ingediend – enige tijd is verlopen. Er zijn ook al verschillende werkgroepen georganiseerd, maar er blijven toch nog wat vragen naar verduidelijking en vragen over de concrete werkwijze.

U hebt werkgroepen georganiseerd rond concrete krachtlijnen. Ik heb de vraag gesteld wat de krachtlijnen van uw plan zijn. Op welke manier werd er een budget opgemaakt om een aantal maatregelen rond dit plan verder te kunnen uitvoeren? Bestaat er een consensus over in de regering? Werd dit al voorgelegd? Wat zijn de concrete perspectieven? Men kan heel veel plannen formuleren, maar altijd rijst daarbij de vraag welke financiële middelen daartegenover staan.

Ik heb begrepen dat er ondertussen overleg is met de Gemeenschappen. Dat vind ik heel belangrijk, omdat wij zien – u weet dat ook – dat er vanuit de Gemeenschappen heel wat engagementen en investeringen komen in campagnes. Ik denk daarbij ook aan de borstkankerscreening. In heel veel provincies wordt met een mammobiel, of na afspraak met huisartsen, preventief gewerkt. Ik denk ook aan de discussies of elementen in verband met prostaatkanker en andere. Ik zag gisteren nog op tv, op de VRT, dat er te veel uitstrijkjes worden genomen en niet bij de goede doelgroep.

Is er ook daar in een goede samenwerking voorzien met de Gemeenschappen? Zo ja, op welke manier? Wie zijn de partners die voor de uitvoering van dit plan zijn voorzien? Ik heb begrepen dat het vanmorgen ook al over die partners ging, maar ik kon de timing en de planning in de commissie niet voorzien, op het ogenblik dat ik mijn vraag indiende.

02.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, le plan national cancer est une des dix priorités du gouvernement provisoire. Il y a donc un consensus pour réaliser ce plan cancer. Pour connaître les moyens qui sont nécessaires, il faut d'abord décider d'une série d'initiatives concrètes et voir quand elles peuvent être prises en charge. Tout ne se fera pas en une fois, nous visons le long terme. Il faudra bien sûr des moyens à court terme mais il faudra aussi planifier un travail de lutte contre le cancer à long terme.

Le cancer représente 55.000 nouvelles tumeurs par an, c'est énorme, dont 200 concernent les enfants. Le taux de mortalité en Belgique est plus élevé que la moyenne. On dit que la moitié des enfants qui naissent aujourd'hui connaîtront le cancer dans leur vie. L'OMS démontre qu'il y a une augmentation manifeste du nombre de cancers dans le monde. On les détecte plus souvent, on peut aussi mettre un nom sur certaines problématiques médicales. Mais il y a aussi le vieillissement de la population, il y a nos modes de vie qui font que le nombre de cancers croît. Cette réalité démontre qu'il y a une nécessité de travailler dans la lutte contre le cancer.

Dans des pays comme la France, le Canada ou la Finlande, il existe un plan national cancer pluriannuel. C'est à cela que je voudrais aboutir. Dans un premier temps, d'ici le 10 mars, il faudrait déjà définir une trentaine d'initiatives concrètes que nous pourrions réaliser à plus ou moins court terme. Il faudrait ensuite inscrire cela dans une perspective de travail pluriannuelle. Vous avez tout à fait raison de dire que les Communautés ont des compétences essentielles en termes de prévention et de dépistage, en partie avec le fédéral. On dit que 40% des cancers pourraient être évités si la prévention fonctionnait convenablement.

De gros efforts sont réalisés par les Communautés, je leur en sais gré, et, bien entendu, nous travaillons avec elles autour de ces sujets sensibles. Par exemple, j'ai lancé six tables rondes. Chaque lundi, il y a deux tables rondes différentes où le Parlement est représenté, Chambre et Sénat y ont un observateur. La première table ronde rassemblait les Communautés et une série de professionnels autour du thème de l'information et de la prévention. La deuxième table ronde était consacrée au dépistage et aux vaccins.

Il y aura aussi des tables rondes qui seront consacrées aux compétences du fédéral, même si certaines parties de ces compétences sont régionales ou communautaires.

Je pense, par exemple, à la recherche. En ce domaine aussi, nous avons un travail commun à réaliser.

Sinon, il y aura "soins et traitements", "soutien aux patients et à leur entourage", "recherche et technologies innovantes" et "évaluation de la prise en charge du cancer".

Fin février, nous aurons aussi une réunion entre ministres des différents niveaux de pouvoir, principalement des Communautés – même si les Régions ont aussi des compétences, telle l'agrément des hôpitaux – et ce pour élaborer ce projet en commun. Avant de lancer le plan Cancer, j'en avais d'ailleurs averti mes collègues des Communautés et des Régions.

J'ai également regardé ce qui se faisait dans les pays voisins.

On dialogue beaucoup avec l'ensemble des professionnels.

Par ailleurs, j'ai eu une réunion la semaine dernière avec les associations de patients et de familles de victimes du cancer.

En réalité, j'essaie que ce plan soit porté en commun par les professionnels, les personnes concernées par le cancer et par l'ensemble des politiques du pays.

La **présidente**: Je voudrais préciser que tous les lundis – ce lundi, lundi prochain et encore le suivant – se tiennent les tables rondes. Nous organisons systématiquement le mardi qui suit – nous l'avons fait tout à l'heure – un bref compte rendu de la part du parlementaire.

Je sais qu'on ne peut pas être partout.

Nous ferons un petit compte rendu du compte rendu qu'ils ont donné pour que l'ensemble des membres de la commission en dispose avant de rédiger les conclusions.

Par ailleurs, les parlementaires qui ont participé aux deux séances d'hier nous ont également ramené des documents préparatoires. Nous en avons fait des copies qui seront distribuées. Si vous souhaitez figurer dans la liste de ceux qui vont les recevoir, précisez-le. Nous vous les enverrons.

02.03 Laurette Onkelinx, ministre: Je tiens à donner une précision sur ces documents préparatoires.

Chaque participant aux tables rondes dispose d'une farde avec une série de documents. Ce sont des informations que je ne contrôle pas.

Je préfère l'indiquer. J'ai en effet été interpellée par un radiologue qui m'a écrit à la suite de la polémique en Communauté française entre la ministre Fonck et les radiologues sur la responsabilité de ceux-ci dans l'insuffisance de prévention en matière de cancer du sein. La question était notamment de savoir si on utilisait suffisamment le mammothest.

Ces documents sont à disposition. Ils ne sont pas miens. Je tiens à le dire si vous les consultez.

02.04 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het is inderdaad belangrijk dat er rond kanker een aantal strategieën wordt ontwikkeld en dat er op lange termijn wordt gewerkt, net zoals dat voor chronische of veel voorkomende ziekten ook zal moeten gebeuren.

Ik begrijp dat u de Gemeenschappen erbij betreft en dat zij ook voor de andere thema's, als de bevoegdheid van de Gemeenschappen ermee te maken hebben, mee naar de ronde tafel komen.

Wat het budget betreft, ik begrijp dat het een beetje zal afhangen van de maatregelen en dat er nog niets werd opgesteld. Ik meen dat dit op termijn een van de belangrijkste vragen wordt.

Wat de bij de uitvoering betrokken partners betreft, het verheugt mij te horen dat niet alleen de medische wereld, maar ook de patiënten en familieleden van patiënten mee worden betrokken in het overleg. Ik heb u niets horen zeggen over de ziekenfondsen. Ik vind dat wel heel belangrijk, omdat zij een intermediaire functie hebben. Ik weet dus niet of zij erbij betrokken zijn.

02.05 Laurette Onkelinx, ministre: Les représentants du collège intermutualiste étaient présents hier et tous les documents sont là.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'inhumation des indigents en Belgique" (n° 1762)

03 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de teraardebestelling van de behoeftigen in België" (nr. 1762)

03.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, la collaboratrice de Mme la ministre m'a contacté à ce sujet.

(...): (...)

03.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je pense qu'il est extrêmement dommageable que ce soit régionalisé. Je ne voudrais pas me faire honnir par les ultra-régionalistes présents ici. Je pense qu'il y a un problème important parce que, selon la volonté et la situation financière des communes, il peut y avoir de grands drames. Je pense donc qu'il s'agit d'un point qui sera abordé dans le cadre d'Octopus. Je sais que la problématique des indigents n'est pas très excitante mais c'est un problème très concret et réel. C'est avec dépit que je retire ma question.

Je remercie Mme la ministre d'avoir demandé à sa collaboratrice de m'appeler à ce sujet.

La **présidente**: La question est donc retirée.

Vous pouvez peut-être demander à un de vos collègues au Parlement wallon d'interpeller le ministre régional.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prévention et la curation des usages addictifs de cannabis" (n° 1766)**

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'analyse du nouveau vaccin contre la dépendance aux drogues" (n° 1873)**

04 Samengevoegde vragen van

- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorkomen van en hulpverlening bij cannabisverslaving" (nr. 1766)**

- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de analyse van het nieuwe vaccin tegen drugsverslaving" (nr. 1873)**

04.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, notre pays compte de nombreux consommateurs de cannabis. Ces derniers commencent à utiliser ce produit souvent dès l'âge de 13-14 ans. Si pour une grande partie d'entre eux l'usage de drogue ne crée aucun dommage d'ordre somatique, psychologique ou social, pour nombre d'usagers, la consommation abusive et la dépendance au cannabis sont une réalité.

Des complications relevant du mal-être, des difficultés personnelles, relationnelles, sociales, scolaires ou professionnelles, d'un manque de motivation ou encore de l'anxiété peuvent accompagner la consommation de cette drogue, avec des conséquences en déficit mnésique qu'elle entraîne à court terme, mais qui se transforment en trouble du langage ou de la motricité en cas de consommation plus importante, encore renforcés par la qualité souvent douteuse du produit coupé avec des substances toxiques ou bien encore liés à sa culture avec usage de pesticides. Cet usage intensif d'un produit à la qualité douteuse peut altérer le parcours scolaire ou professionnel des individus, quand il n'influence pas en outre certains troubles psychiatriques comme l'anxiété, la dépression ou la schizophrénie, etc.

Or le cannabis considéré comme une substance entraînant une dépendance physique et psychique relativement faible n'a fait l'objet pendant longtemps d'aucune prise en charge thérapeutique spécifique.

Depuis quelques années, suite à une augmentation des demandes de traitement, des services de psychiatrie et psychologie médicale se sont penchés sur le traitement de ces conduites addictives. Celui du CHU Brugmann a mis en place une Clinique du Cannabis destinée à accueillir les personnes ayant développé une consommation problématique de cannabis, proposant aux consommateurs et à leurs familles des services diversifiés et adaptés pour les aider de manière pragmatique et cohérente afin d'évaluer les motifs de la consommation, aider à motiver l'arrêt, traiter les signes de sevrage, gérer les conflits familiaux, les éventuelles comorbidités psychiatriques dans le cadre d'un programme individualisé s'appuyant sur les désirs du patient, les répercussions de la consommation dans les différents domaines de sa vie. Ce traitement basé sur les thérapies cognitives et comportementales peut aussi se combiner, si nécessaire, avec une médication.

En lien avec le laboratoire de psychologie médicale de la Faculté de médecine et en synergie avec le service de psychiatrie et psychologie médicale du CHU Brugmann, des études s'inscrivant dans la ligne de la politique fédérale relative à la problématique des drogues ont permis d'évaluer l'influence sur la consommation du cannabis, de dépendances croisées avec d'autres addictions, notamment celle à l'alcool. Elles ont surtout permis de constater qu'une information des consommateurs non encore dépendants avait un potentiel préventif majeur, de même que la mise en place d'une thérapie familiale multidimensionnelle chez les jeunes consommateurs sur le point de devenir dépendants.

Madame la ministre, bien que les écoles ne relèvent pas de votre compétence en matière d'éducation, ne serait-il pas possible et souhaitable de faire connaître à nos jeunes concitoyens, qui s'intéressent dès leur scolarité aux substances psychotropes, l'existence de cette clinique ou de semblables institutions et de leur donner les moyens de la ou les contacter via un numéro gratuit d'information animé par vos services afin de mieux gérer leur consommation de drogue et d'en prévenir les addictions avec le cortège de difficultés qu'elles entraînent tant dans leur vie personnelle que scolaire et professionnelle?

Serait-il possible de mettre en œuvre une campagne nationale d'information sur ces outils de prévention et de cure en direction de la population belge afin que ceux de nos concitoyens qui sont touchés, eux-mêmes ou dans leur entourage, par un problème de consommation excessive de cannabis – et on a vu récemment une dame à la télévision qui avouait une consommation de plus de 35 joints par jour – puissent faire appel aux services de ces structures?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Pourriez-vous poser en même temps la question sur le vaccin contre la drogue, avec l'accord de la présidente?

04.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): La presse fait état d'un nouveau vaccin contre la dépendance aux drogues mis en œuvre à l'initiative du professeur de psychiatrie et neurosciences Thomas Kosten qui travaille au Baylor College of Medicine de Houston (Texas, USA). Ce professeur y travaille depuis 1995. Ce vaccin a pour objectif d'empêcher le corps humain de ressentir l'effet de la drogue. Le vaccin inoculé obligerait le système immunitaire à reconnaître la drogue comme un corps étranger et à l'attaquer.

Je souhaiterais savoir si le département de Mme la ministre, ou l'un des départements ministériels compétents en matière de santé dans l'un des autres pays de l'Union européenne a déjà analysé les paramètres de ce nouveau vaccin et notamment l'efficacité contre l'ensemble des drogues, qu'elles soient "naturelles" ou synthétiques - je pense à l'ecstasy, etc. Par ailleurs, ce nouveau vaccin a-t-il fait l'objet d'une demande d'agrément en Europe? Il me semble que ce type de vaccin pourrait soigner des personnes "accros" mais qui n'auraient pas la réelle volonté de renoncer à leurs substances habituelles. Il est de toute façon clair que si un tel vaccin est mis sur le marché, il peut engendrer une révolution "copernicienne" dans le traitement des personnes dépendantes. Je pense également au traitement et à la gestion des détenus dans les établissements pénitentiaires – Mme la ministre a été ministre de la Justice – dont le pourcentage de drogués est scientifiquement énorme.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, en effet, la consommation de cannabis, tout comme d'autres drogues, ne peut être banalisée et doit faire l'objet d'une attention très soutenue. Vous savez que mon prédécesseur s'y est beaucoup intéressé. Il a financé, depuis 2004, l'étude INCANT (International Cannabis Need of Treatment) au centre hospitalier universitaire Brugmann.

Vous évoquez le lancement d'une campagne d'information destinée tout particulièrement aux jeunes, qui concerne les outils préventifs et curatifs existants. Or la prévention n'est pas du ressort fédéral, mais relève du communautaire. Cependant, nous sommes certainement tous d'avis que de telles actions sont nécessaires. Dès lors, un million d'euros ont été attribués à l'ASBL IDEA pour la mise en place d'une campagne nationale sur les drogues et alcools dans le cadre d'un accord entre le fédéral et les Communautés.

Comme vous le savez, cette campagne a débuté le 29 janvier. L'ASBL IDEA qui la pilote, regroupe la plupart des centres de drogue installés en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles, de sorte que nous puissions profiter autant que possible de l'expertise du secteur dans son ensemble.

Ensuite, les objectifs de la campagne sont les suivants. Il s'agit d'abord d'améliorer dans notre société la connaissance à propos des drogues et de leur consommation et ensuite de développer les compétences des différents groupes-cibles, tels que les personnes souffrant d'un problème de consommation ou encore les intervenants. Le but consiste à informer le public sur l'offre d'assistance et les sources d'information disponibles, comme les lignes téléphoniques. Ces dernières sont depuis longtemps financées par mes collègues des Communautés et Régions. Elles livrent nombre de renseignements et se portent aussi garantes des orientations. En outre, de nouveaux instruments seront créés pour encourager les personnes affrontant un problème de consommation à se rendre auprès des intervenants.

La campagne ne se limite pas à une drogue ou une catégorie de drogues. En effet, nous avons opté pour une approche globale, car nous ne pouvons - à côté de la consommation des drogues illégales - sous-estimer les conséquences de l'abus d'alcool, surtout chez les jeunes.

L'information fournie par la campagne sera factuelle, crédible et adaptée aux différents groupes-cibles. C'est essentiel, dans la mesure où nous constatons trop souvent une disparité de points de vue entre les consommateurs de drogues illégales et le grand public. Cela complique la communication et peut la rendre inefficace; il faut que cela change.

Par ailleurs, la campagne nationale est trilingue et se constitue d'un volet public et d'un volet professionnel. Le premier vise, de manière générale, à attirer l'attention sur l'alcool et les autres drogues. Pour ce faire, des messages frappants seront diffusés dans des spots télévisés ou au moyen d'affiches de rue, d'annonces publicitaires, de cartes postales. Cette partie de la campagne a été lancée voici trois semaines et devait durer un mois. Le second se compose de matériel didactique – brochures et affiches – et d'une plate-forme interactive.

Il s'agit donc d'une campagne solide, massive, qui tient évidemment compte des initiatives existantes et financées par mes collègues des gouvernements communautaires et régionaux.

Quant au vaccin contre les drogues, l'Institut scientifique de santé publique, programme "Drogues", a pris contact avec le chercheur américain, le Pr. Thomas Kosten. Ce dernier a mentionné au sujet du vaccin expérimental pour la cocaïne, que la phase 2 de test chez l'homme était en cours, ce qui peut finalement mener à l'approbation aux États-Unis. Dans une étude placebo contrôlée, l'efficacité semblait être double par rapport au placebo, ce qui constitue un meilleur résultat que tous ceux obtenus avec des médicaments expérimentaux pour la dépendance à la cocaïne.

D'après ce qui m'a été rapporté, il n'existe pas encore de médicament approuvé FDA pour la dépendance à la cocaïne. Le Dr Kosten s'attend à ce que la substance contre la cocaïne soit commercialement disponible aux États-Unis dans trois ans environ, en Europe un an plus tard. Cet été, une étude concernant ce vaccin contre la cocaïne commencera d'ailleurs en Europe sous la direction de la firme propriétaire du vaccin.

Les vaccins contre la métamphétamine et l'héroïne sont testés pour l'instant sur des animaux. À moyen terme, me dit-on, on peut s'attendre à ce que des vaccins contre toutes les drogues soient mis au point, aussi bien pour des drogues naturelles que synthétiques comme la nicotine, à l'exception de l'alcool. U vaccin pourra même être administré contre plusieurs de ces substances, combinés en une injection. Cela empêchera que l'utilisateur puisse passer à l'emploi d'une autre substance.

Voilà les informations en ma possession, que je n'ai pas encore pu vérifier. Si elles s'avèrent exactes et les vaccins efficaces, cela ouvre des perspectives extraordinaires pour la prise en charge des personnes dépendantes mais cela n'enlèvera rien à la grande utilité des campagnes de prévention contre l'usage des

drogues légales et illégales.

04.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): On a ouvert là un sujet passionnant. Je remercie la ministre pour les informations qu'elle a pu recueillir et qui montrent que nous sommes davantage dans le moyen terme que dans le court terme. Dès lors, pour le court terme, la prévention reste sans doute la politique la plus efficace. Le million d'euros que Mme la ministre a évoqué, j'espère qu'il sera récurrent parce qu'une politique d'information et de prévention se doit d'être durable. En effet, chaque année, de nouvelles générations ont accès au marché de la drogue. Il faudra poursuivre cette action. J'espère que les campagnes à l'initiative de l'association IDEA que vous avez évoquées pourront être pérennisées et valorisées dans le budget 2008 que vous nous présenterez prochainement.

04.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je vous ai parlé des États-Unis. En ce qui concerne l'Europe, le vaccin n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation. Son efficacité et sa sécurité n'ont pas encore été examinés par les autorités européennes compétentes en matière d'autorisation et de mise sur le marché des médicaments.

04.07 Jean-Jacques Flahaux (MR): En ce qui concerne le deuxième volet de ma question, je me dis que si on peut le faire à Houston aux États-Unis, pourquoi ne pourrait-on pas aussi le faire à Bruxelles? Quels moyens européens sont-ils mis en place pour accélérer l'utilisation de ce genre de vaccin?

La **présidente**: C'est effectivement un long débat. D'importants moyens financiers publics et privés sont nécessaires. Mais si un vaccin est inventé et qu'il est efficace, il doit pouvoir aussi être utilisé dans les autres pays.

S'il n'y a plus moyen de fumer du cannabis, la vie sera belle!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de contingentering van de kinesisten" (nr. 1778)

- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de contingentering van de kinesisten" (nr. 1914)

05 Questions jointes de

- Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contingentement des kinésithérapeutes" (n° 1778)

- M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contingentement des kinésithérapeutes" (n° 1914)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik kom met mijn vraag betreffende de contingentering van kinesisten nog even terug op een item dat tijdens de vorige legislatuur met uw voorganger, minister Demotte, veelvuldig werd besproken in deze commissie, vaak met de nodige emoties.

Iedereen die het dossier kent, weet dat sinds 1999 het aantal kinesisten dat via het RIZIV de terugbetaling van zijn prestaties kan krijgen beperkt is. Het gaat om 270 Nederlandstaligen en 180 Franstaligen.

Intussen werd een aantal keren het fameuze uitgangsexamen voor kinesisten georganiseerd. U weet dat de onderwijsinstellingen aan Nederlandstalige zijde een aantal maatregelen hadden genomen. Dat is iets minder gebeurd aan Franstalige zijde, om het eufemistisch uit te drukken.

Uit een aantal studies uitgevoerd door professor Stappaerts en door professor Pacolet in opdracht van de FOD Volksgezondheid blijkt dat gezien de vervrouwelijking en de vergrijzing van het beroep de oorspronkelijke contingentering en de oorspronkelijke uitgangspunten ervan wel eens door de feiten achterhaald zouden kunnen zijn.

Ondertussen werd ook de vraag om het uitgangsexamen, en dus in se in het verlengde daarvan de contingentering van de kinesisten, te herbekijken regelmatig terug op de agenda geplaatst door een aantal beroepsverenigingen.

Ik wil daarom een aantal zeer concrete vragen stellen om het dossier verder te kunnen opvolgen en na te gaan of u de lijn van uw voorganger Demotte dienaangaande doortrekt. Die lijn werd reeds door veel van uw voorgangers op dat departement getrokken.

Een eerste heel duidelijke vraag is of er intussen een evaluatie is gebeurd van het uitgangsexamen voor kinesisten. Als dat het geval is, zou ik graag zicht krijgen op de resultaten omdat dit belangrijk is om het dossier verder te kunnen opvolgen.

Een volgende vraag betreft uw politieke bereidheid om de planningscommissie te vragen het dossier van de contingentering van de kinesisten te herbekijken. Immers, net zoals voor de artsen moet ook in het dossier van de kinesisten de planningscommissie af en toe met nieuwe voorstellen komen na grondig advies en onderzoek.

Ten slotte, waarom is de belofte van uw voorganger Demotte dat de niet-opgenomen RIZIV-nummers van geslaagde kandidaten van het uitgangsexamen zouden worden doorgegeven aan degenen die in de volgorde iets verder op de lijst van de geslaagde geselecteerden stonden, niet nagekomen? Wat is uiteindelijk gebeurd met die vrije RIZIV-nummers?

05.02 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, aanvankelijk had ik over dit onderwerp een interpellatie ingediend, maar die werd niet weerhouden. Ik wou interpelleren omdat de vraag nummer 883 over de onvoldoende evidentie van de contingentering van de kinesitherapeuten, tijdens de vorige legislatuur onbeantwoord werd gelaten door uw voorganger. Teneinde uw aandacht en de aandacht van de commissieleden opnieuw te vestigen op het onderwerp had ik dus aanvankelijk een interpellatie ingediend.

De drie elementen waarrond ik mijn vraag heb ontwikkeld zijn de volgende. Ten eerste, het rapport van professor Stappaerts, dat u wellicht bekend is. Ten tweede, de studie van professor Pacolet van het HIVA, die trouwens werd gemaakt in opdracht van de FOD Volksgezondheid. Last but not least, de gewijzigde houding van de beroepsverenigingen inzake de contingentering.

Ik wens even te blijven stilstaan bij de studie van professor Stappaerts van Leuven, waarin wordt aangetoond dat er op termijn in een aantal instellingen en setting, niet te veel, maar te weinig kinesitherapeuten zullen zijn op de arbeidsmarkt. Dat zou vandaag trouwens al het geval zijn.

De Vlaamse cijfers zijn bekend. Er zijn 270 personen die in aanmerking komen voor een erkenning en aan wie een RIZIV-nummer zal worden gegeven en die dus de toelating krijgen voor het openen van een zelfstandigenpraktijk. De cijfers die professor Stappaerts aanhaalt stelt dat het aantal dat start als zelfstandigen heel wat lager ligt, te weten 126 tijdens dit schooljaar, 92 in het schooljaar 2008-2009 en 117 in het schooljaar 2009-2010.

Met het oog op de toekomst zijn er dus wel elementen om over na te denken. De vraag is hoe het uiteindelijk zal worden geprojecteerd, gelet op de demografische evolutie en gelet op de nood en de vraag inzake traumatologie en in de centra voor revalidatie.

Er werd ook een studie gemaakt in opdracht van de FOD Volksgezondheid. Professor Pacolet ondersteunt de stelling die in die studie wordt ingenomen. Volgens hem was de doelstelling van destijds terecht. Hij zegt dat de minister destijds de meest geëigende beslissing heeft genomen; het was trouwens opgenomen in een totaal pakket van akkoorden.

Maar ook professor Pacolet – die zoals u weet, mevrouw de minister, heel actief is op het gebied van arbeid en tewerkstelling in ons land – stelt dat de doelstelling van de contingentering effectief is gehaald. Het effect is bereikt nog voor de selectieproeven werden gehouden.

Die doelstelling werd volgens professor Pacolet gehaald doordat er, ten eerste, in Vlaanderen opleidingen verdwenen. Een aantal opleidingen is verminderd of verdwenen. Ten tweede, is de instroom – uiteraard ten gevolge van de contingentering en dergelijke – voor de opleiding gedaald, zowel in Vlaanderen als in Wallonië. Ten derde, de maatregelen inzake het voorschrijfgedrag en de incentives om het beroep te verlaten hebben ontmoedigend gewerkt. Het was ook voor een stuk de bedoeling dat die ontmoedigend zouden werken om het teveel dat er op dat moment was te corrigeren.

Professor Pacolet bevestigt ook dat de werkelijke toetreding tot de sector beneden de geplande contingentering zal liggen. Hij wijst er ook op dat, onder meer gelet op de vergrijzing, tegen 2020 – wat toch niet zo veraf meer is – een tekort zal zijn.

Een derde punt zijn de beroepsverenigingen. Ik wil daar toch even bij stilstaan want sommigen van de leden hier hebben dat debat meegemaakt. De beroepsverenigingen waren destijds zelf vragende partij om naar een contingentering te gaan en om naar een herwaardering van het beroep te kunnen streven.

De beroepsverenigingen hebben vandaag hun mening wat dat betreft ook reeds bijgesteld, wegens de problemen en de tekorten die zij vaststellen, en de moeilijkheden die zij hebben om op het terrein hun cliënteel met kinesisten met een RIZIV-nummer te kunnen bedienen. Anders kan het niet. Dan staat het allemaal op hun nummer, en dan hebben zij te veel patiënten te behandelen. Ook al nemen zij mensen in dienst, als die geen RIZIV-nummer hebben, komt het op hun nummer te staan. Dat heeft dan niets te maken met de prestatie die wordt geleverd, maar dan kunnen zij gewoon niet voldoen aan de normen die men heeft voorgesteld.

Er zijn gegevens volgens dewelke ook in rustoorden en ziekenhuizen vacatures oningevuld blijven, tot vandaag.

Mevrouw de minister, in dat verband is er een merkwaardige vaststelling, waarvan ik mij zelf niet bewust was. Een bevraging, onder meer van de studentenverenigingen, die een heel goed zicht hebben op de plaatsen waar de afgestudeerde studenten terechtkomen, leert echter heel duidelijk dat afgestudeerde studenten worden geweerd.

Ik herinner mij destijds de discussie en het antwoord van de toenmalige minister, die opperde dat er wél mogelijkheden waren. De betrokken kinesisten zouden immers in ziekenhuizen en rusthuizen terechtkunnen. Op het terrein blijkt dat niet het geval te zijn. Zij worden immers niet aangeworven, omdat voor sommige prestaties – hoewel er een forfait is voor een beperkt aantal prestaties – het RIZIV-nummer nodig is. Zoniet werken de betrokkenen in de illegaliteit, wat natuurlijk de bedoeling niet kan zijn.

Het voornoemde betreft uiteraard de ambulante diensten van de ziekenhuizen en de prestaties aan bed in de rusthuizen. Bijgevolg zijn ook de ziekenhuizen en rusthuizen vragende partij om kinesisten met een RIZIV-nummer aan te werven.

Ik hoorde de heer Bultinck daarnet al aanhalen dat 207 toegekende RIZIV-nummers niet betekent dat 207 kinesisten fulltime als kinesist werken. Om dat na te gaan, hebben wij de registratie in het kadaster nodig. Ook het probleem van de niet-toegewezen nummers werd nog niet opgelost. Dat vooral betreurt ik, omdat op voornoemd probleem toch een antwoord was gegeven. Toenmalig minister Demotte had beloofd het op de volgende manier te zullen doen: de niet-toegewezen nummers zouden gaan naar de studenten die in de volgorde van hun slaagkansen recht op de betrokken nummers zouden hebben. Blijkbaar is dat echter niet gebeurd.

Mevrouw de minister, daarom heb ik de volgende, concrete vragen.

Wat zijn uw houding en uw reactie op de studies van professor Stappaerts en op de studie van professor Pacolet, die het effect van de contingentering op vandaag in vraag stellen en die vooral wijzen op de moeilijkheden van het selectie-examen en de tekorten die vandaag op het werkveld worden vastgesteld?

Wat is uw intentie? Bent u bereid om de contingentering aan de nieuwe vaststellingen aan te passen? Het zijn recente gegevens.

Mijn tweede vraag is uiteraard de vraag naar het kadaster. Het is geen nieuwe vraag.

Dit is ook een dossier dat reeds jaren aansleept. Mevrouw de minister, ik ben mij ervan bewust dat u dit niet kunt oplossen in één maand en ook niet in de drie maanden die u hebt gekregen. Ik vraag hier echter toch als parlementslid of er een timing kan worden vooropgesteld.

Dit is immers essentieel met betrekking tot de contingentering en de RIZIV-nummers. Als men daarnaast dan onbezette RIZIV-nummers heeft, dan is er een probleem voor de patiënt aan het bed of op de massagetafel, zou ik durven zeggen.

Mevrouw de minister, ten derde, zou u eventueel zelf een aanvullende behoeftestudie willen laten doen met betrekking tot de contingentering of met betrekking tot het aantal kinesisten voor de komende twee decennia?

Ten vierde, wat zal er gebeuren met de RIZIV-nummers die niet werden opgehaald? Zal u deze nummers toekennen aan de volgende geselecteerden op de lijst zoals vastgesteld na de selectieproef?

Mevrouw de minister, wat zal u doen met de RIZIV-nummers van degenen die wel een RIZIV-nummer hebben maar er de afgelopen jaren geen gebruik van hebben gemaakt? Dit is uiteraard allemaal het gevolg van het kadaster. Zal u deze nummers toekennen aan de volgende geselecteerden?

Mevrouw de minister, ten slotte, kan u bij het vaststellen van de contingentering ook rekening houden met de mate waarin kinesisten hun beroep slechts deeltijds uitoefenen?

Mevrouw de minister, ik wil daaraan toch nog een addendum toevoegen. Het gaat over de confrontatie met het examen. Wij hebben hierover tijdens de vorige legislatuur heel grote en ernstige discussies gevoerd. Minister Demotte was daarvoor gevoelig. Het blijft echter toch een onrechtvaardig systeem.

Het is wellicht niet zoals het aanvankelijk was geconcipieerd. Men zei dat degenen met een diploma wel terechtkunnen in een praktijk, in een ziekenhuis of in een rusthuis. Nu blijkt dat het zo niet werkt, dat het niet zo is.

Dit is niet uw bevoegdheid, want de organisatie van het examen is een gemeenschapsbevoegdheid. Ik vind het schrijnend ten aanzien van studenten dat ze bijvoorbeeld worden bevraagd met vragen die bijna te maken hebben met de politiek, maar die niet echt te maken hebben met hun werk als kinesist. Daarop struikelen zij dan uiteindelijk en daardoor kunnen ze hun toegang tot het RIZIV-nummer niet behalen.

Hier past de vraag dat u dit zeker zal meenemen naar de interministeriële conferentie met de Gemeenschappen. Het is immers voor vele studenten en hun familie en voor de patiënten en voor de sector stilaan een tragedie aan het worden.

05.03 Laurette Onkelinx, ministre: Je suis d'accord pour souligner le rôle très important des kinésithérapeutes dans notre système de soins, que ce soit en première ligne ou en milieu hospitalier. C'est vrai, comme on l'a rappelé, que d'importantes mesures ont été prises, il y a quelques années, pour assurer une planification correcte des kinés compte tenu, à cette époque-là, d'une réelle pléthore. C'est vrai aussi que l'octroi de primes pour les kinés arrêtant leur activité a accompagné les décisions de contingentement et que toutes ces mesures ont eu un succès important. J'ai pris connaissance en effet des études des professeurs Stappaerts et Pacolet, elles ont été transmises à la commission de planification qui les intégrera dans sa réflexion. Cependant, ce travail sur la planification ne portera pas uniquement sur le contingentement mais devra intégrer les rôles actuel et futur attribués aux kinésithérapeutes tant en première qu'en deuxième ligne. L'adaptation du contingentement, et je crois que cette adaptation sera nécessaire, dépendra dès lors d'une analyse plus globale intégrant également les besoins gériatriques compte tenu du vieillissement de la population. Au sein de la commission de planification, un groupe spécifique concernant la kinésithérapie a été mis en place. Comme l'a dit Mme Avontroodt, on travaille également sur un cadastre des professionnels de la santé qui devrait être prêt pour la fin de cette année. Ce cadastre va également nous permettre de mieux préciser la force de travail réelle que représente le nombre de kinésithérapeutes, en comparant ceux possédant un numéro INAMI et ceux réellement en activité, totale ou partielle. Donc on aura, d'un côté, le travail de la sous-commission kinés au sein de la commission de planification, et on aura, de l'autre, le cadastre des professionnels de la santé qui va évidemment concerner notamment les kinésithérapeutes. À partir de là et d'une série d'autres études sur les conséquences réelles du contingentement (c'est pour la fin de l'année donc je ne vais pas improviser), on va devoir prendre des mesures nouvelles pour maintenir une force de travail de qualité dans cette branche médicale très importante. Donc il faudra changer la situation actuelle, sur base de constats objectifs, car rappelez-vous à l'époque quand le ministre Vandembroucke avait pris l'ensemble de dispositions concernant les kinésithérapeutes, c'était aussi en fonction d'une série de critiques qui avaient été émises concernant la pléthore, les disparités, etc.

Je veux que la modification dans l'offre de planification puisse reposer sur des constats clairs, objectifs, acceptés par tout le monde.

Mais de fait, il me paraît évident qu'il faudra revoir la planification.

En ce qui concerne l'examen des Communautés, je ne peux pas parler à la place de mes collègues.

05.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dank u voor dit antwoord.

Wij hebben als politici ten minste iets concreets in die zin dat u zeer duidelijk zegt dat er een subcommissie aan het werk wordt gezet in het kader van de planningscommissie die werk moet maken van het ganse dossier kine en het ten minste moet herbekijken. U hebt zichzelf ook vastgepind op een timing op het einde van het jaar. Daarmee hebben wij iets belangrijks in handen om naar resultaten toe te kunnen werken.

Alleen voor het laatste deel van mijn vraag blijf ik nog een beetje op mijn honger zitten. Er is uiteraard de niet nagekomen belofte van uw voorganger, minister Demotte, wat de niet opgenomen RIZIV-nummers betreft. Het zou daar niet meer dan logisch zijn dat u als opvolger de belofte van uw voorganger tracht na te komen, al was het maar om de pijnlijke situatie als gevolg van het uitgangsexamen waarin flink wat kinestudenten zijn terechtgekomen, een beetje te verzachten.

05.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik heb de vraag duidelijk aangehaald. Het is schriftelijke vraag 883. Daarin antwoordt de minister dat het zo zal gebeuren. Voor die dertig niet afgehaalde RIZIV-nummers, mevrouw de minister, hoeft u niet te wachten. U hebt een basis daarvoor en blijft binnen de huidige contingentering, maar het gaat daarbij wel over dertig jonge mensen die dan wel toegang kunnen hebben tot het beroep.

Als tweede punt in de repliek zou ik nog willen vragen om uw administratie toch te vragen iets sneller te zijn, omdat het examen er weer aankomt. Als u pas uw kadaster heeft einde 2008, hebben we weer de kans dat een hele nieuwe lichte afgestudeerde jonge kinesisten zich aanmeldt op het examen en misschien weer wordt beoordeeld zonder de kans te slagen volgens de nieuwe contingentering. Dat zou bijzonder jammer zijn, gezien de evolutie in de tijd en dit effectief nodig is. Ik ben blij dat u erkent dat aanpassing nodig is.

Ik weet wel dat dit niet onze bevoegdheid is, maar dit op de interministeriële conferentie agenderen is mijns inziens toch wel een mogelijkheid.

05.06 Laurette Onkelinx, ministre: Pour le reste, concernant les trente numéros INAMI, je reviendrai vous en parler spontanément et vous propose donc d'attendre le fameux cadastre. Ceci dit, en fonction des arguments développés, je vais voir s'il n'est pas possible d'avancer la date.

La **présidente**: Des questions orales sur ce même sujet avaient été posées en commission à la fin de la législature précédente.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van de heer Flor Van Noppen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fusie van het Instituut Pasteur met het Departement Microbiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid" (nr. 1784)

06 Question de M. Flor Van Noppen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fusion de l'Institut Pasteur avec le Département de microbiologie de l'Institut scientifique de Santé publique" (n° 1784)

La **présidente**: Il y avait déjà eu une question la semaine passée ou il y a quinze jours, mais peut-être avez-vous des éléments nouveaux.

06.01 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in eerste instantie wou ik mijn vraag annuleren, aangezien een soortgelijke vraag reeds werd gesteld. Aangezien er echter mogelijkerwijs nieuwe ontwikkelingen zijn, wil ik ze toch stellen.

Al jaren is het Instituut Pasteur een vooraanstaande onderzoeksinstituut op het vlak van microbiologie. In 2003 fuseerde het met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Op dat moment werden duidelijke afspraken gemaakt, die de autonomie en de eigenheid van het Instituut binnen het WIV moesten garanderen.

Voorname autonomie evenals de naambekendheid van het Instituut Pasteur staan nu echter op de helling.

Ik nam ondertussen nota van uw uitgebreide antwoord op de vraag van mevrouw della Faille. In voornoemd antwoord zei u onder meer dat u nog een samenkomst met de betrokken diensten plande. Ik vermoed dat de samenkomst ondertussen heeft plaatsgevonden. Ik ben dan ook benieuwd naar de verdere ontwikkelingen.

Bijgevolg rest nog één vraag van mijn drie oorspronkelijke vragen.

Hoe ver staat het met de fusie van het Instituut Pasteur met het departement Microbiologie van het WIV? Werd ze al volledig afgerond?

Op welke manier kan het Instituut Pasteur toch zijn autonomie en herkenbaarheid bewaren?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je ne vais pas répéter tous les éléments de réponse que j'avais donnés à Mme della Faille. J'essaierai d'être la plus précise possible en la matière.

J'ai effectivement rencontré toute une série de représentants de l'Institut Pasteur. Je leur ai donné connaissance de divers éléments pour les rassurer. Je leur ai notamment dit qu'on ne remettait absolument pas en cause ni leur nom en tant qu'Institut Pasteur, ni la qualité de leurs recherches, ni leur intégration dans le réseau des différents instituts Pasteur. Je leur ai d'ailleurs communiqué une lettre de la direction de l'Institut Pasteur de Paris qui ne voyait aucune objection à conserver dans le réseau des Instituts Pasteur l'institut actuel tel qu'intégré au niveau de la Santé publique.

Je leur ai aussi expliqué que je souhaitais qu'ils conservent le nom "Pasteur". Les autorités veulent conserver leur spécificité à l'intérieur du département. Il est même prévu qu'on leur donne l'appellation "département Pasteur".

Tous les changements suscitent des craintes. Mais j'ai tenté de les dissiper.

Ils craignent aussi pour l'indépendance des chercheurs. Je leur ai donc proposé d'adapter la composition du conseil scientifique de l'Institut. J'ai proposé que soit créée au sein du conseil une commission spécifiquement chargée d'assurer le maintien, à un niveau au moins équivalent à celui d'aujourd'hui, des moyens affectés à la recherche au sein de la nouvelle structure, qui a été décidée en 2003 et est actuellement mise en œuvre.

Je sens encore des réticences de leur part. Ils auraient manifestement préféré ne pas être intégrés. Mais j'essaie de maintenir cette intégration, telle qu'elle a été conçue parce qu'elle permet énormément de développements nouveaux. En même temps, je veux leur garantir une certaine autonomie et l'indépendance de leurs recherches, notamment en créant un nouveau conseil scientifique qui aura pour mission de vérifier cette indépendance et de surveiller si on ne réduit pas les moyens octroyés à la recherche.

Voilà le travail que je mène actuellement. J'attends des propositions plus précises du département pour répondre à la demande.

06.03 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik ben geen specialist in marketing, maar ik veronderstel dat indien de naam Pasteur zou verdwijnen, de sponsoring die de regering in dit geval heel goed zou kunnen gebruiken, zal verdwijnen.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: Dans la structure actuelle, il n'y a aucun problème à voir travailler comme avant "Les amis de l'Institut Pasteur", si ma mémoire est exacte à propos de cette dénomination. En fait, il suffira que toutes les réticences soient levées. Une fois chose faite, ce "département" fera partie du réseau des Instituts Pasteur; il poursuivra les recherches au même niveau global d'investissement avec

l'indépendance voulue et avec le nom Pasteur. Je pense qu'il y a de la bonne volonté chez les uns et les autres; cela ira!

Concrètement, c'est ce que j'expliquais à Mme della Faille, l'intégration présente de nombreux avantages. Mais c'est souvent aussi une question d'hommes et de femmes, de compatibilité de caractères et de craintes diverses. Toutefois, si on prend de la distance, on constatera que l'on peut vraiment conserver tous les avantages de l'Institut Pasteur tel qu'il existait auparavant et les cumuler avec les avantages d'une intégration dans un ensemble plus grand, plus cohérent et plus défensif au niveau international.

La **présidente**: Nous suivrons l'évolution de cette intégration.

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

07 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Hilde Vautmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het plan tegen zelfmoord" (nr. 1804)

- mevrouw Corinne De Permentier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het hoge zelfmoordcijfer in België en de betrokkenheid van de overheid bij de aanpak van dit fenomeen" (nr. 1815)

07 Questions jointes de

- Mme Hilde Vautmans à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan de lutte contre le suicide" (n° 1804)

- Mme Corinne De Permentier à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le taux de suicide important en Belgique et l'implication des pouvoirs publics dans la lutte contre ce phénomène" (n° 1815)

07.01 Corinne De Permentier (MR): Madame la présidente, madame la ministre, chaque année en Belgique, plus de 2.000 personnes se donnent la mort. Ce chiffre, globalement encore sous-évalué, fait du suicide la première "cause de décès extérieure" dans notre pays.

Avec un taux estimé de 23 suicides pour 100.000 habitants, deux fois plus élevé que celui des Pays-Bas, la Belgique se situe bien au-dessus de la moyenne mondiale de 14,5.

Encore tout récemment, la presse faisait écho du phénomène des suicides en cascade qui touche particulièrement les jeunes, on l'a vu au Pays de Galles et qui aurait aussi concerné de jeunes gantois.

Sans négliger le fait que la prévention relève des Communautés, nous ne pouvons que constater un manque d'implication de la part des pouvoirs publics dans la prévention en matière de suicide.

Madame la ministre, à ce jour, le pouvoir fédéral s'est investi à de nombreuses reprises en concertation avec les entités fédérées, à la mise en œuvre de plans d'action concrets, tels que le plan de lutte contre l'obésité, le plan contre les assuétudes (alcool, tabac,...).

Ne pensez-vous pas que la prévention du suicide dans notre pays mérite une attention particulière? Un plan d'action suicide ne pourrait-il pas être mis en œuvre? Des mesures concrètes et concertées avec les différents niveaux de pouvoir ont-elles été prises? Dans l'affirmative, quelles sont-elles? Ce point est-il à l'ordre du jour d'une prochaine Conférence interministérielle?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je voudrais tout d'abord attirer votre attention – même si vous le savez bien – sur le fait que les compétences relatives au suicide sont divisées entre le fédéral et les Communautés et Régions. La prévention du suicide relève des entités fédérées.

Néanmoins – étant donné l'importance du sujet, je ne me contenterai pas de dire ça –, l'élaboration de mesures adéquates et concrètes dans la lutte contre le suicide doit rester une des priorités.

Dès lors, je souhaite insister sur un certain nombre d'initiatives prises par mon prédécesseur, notamment la création d'un groupe de travail "Suicide" au sein du sous-groupe de travail intercabinets "taskforce service santé mentale".

Le suicide est en effet une problématique globale dans laquelle les mesures curatives et préventives ne peuvent pas être considérées séparément.

Ainsi, ce groupe de travail a, entre autres, pour missions:

1. L'élaboration, si nécessaire, d'un protocole entre l'État fédéral et les entités fédérées en vue d'infléchir le nombre de tentatives de suicides et de suicides, ainsi que d'améliorer la prévention tertiaire.
2. L'élaboration d'un inventaire des initiatives existantes et des services concernant cette problématique. Ceci est également important pour développer une vision cohérente de la lutte contre le suicide en Belgique. Dans les différentes Régions, il y a en effet un grand nombre d'initiatives et de structures actives mais il manque une cohérence et une coordination entre les différentes actions. Cela relève de la compétence de l'autorité fédérale; la prévention en soi est, je le répète, une compétence des Communautés.

Les missions du groupe de travail ont été approuvées par la Conférence interministérielle Santé en juin 2005. Lors de la dernière Conférence interministérielle Santé du 11 décembre 2006, un état des lieux des travaux du groupe a été présenté. Les membres du groupe considéraient qu'il était encore trop tôt pour transmettre un inventaire national des initiatives et des services concernés par le suicide. Selon eux, une discussion préalable devait avoir lieu sur les objectifs précis de l'inventaire national et, par la suite, un consensus pourrait être atteint entre les différents ministres.

En outre, avant d'entamer la discussion de la méthodologie, un input plus conséquent en termes de contenu s'imposait. Le rapport du Conseil supérieur d'Hygiène "Dépression, dépressivité et suicides" du 6 décembre 2006 a été présenté en même temps que le plan d'action flamand de prévention du suicide lors de la réunion du groupe de travail Suicide du 16 février 2007. Après cette date, étant donné la période d'affaires courantes, il n'y a plus eu de réunion de la Conférence interministérielle ni du groupe de travail. Les travaux vont reprendre.

Mon prédécesseur a également soumis au Conseil supérieur d'Hygiène un projet de plan fédéral de lutte contre le suicide. Ce Conseil a émis en janvier 2006 un avis globalement positif sur les diverses actions proposées.

Ce plan doit être exécuté au niveau fédéral. Il doit se baser sur trois éléments essentiels: la psychopharmacologie, la prise en charge thérapeutique et le suivi.

Dans ce cadre, un projet a été lancé en mai 2006 dans trois hôpitaux belges. L'étude pilote a pour objectif de définir les meilleures pratiques quant à l'approche triangulaire poursuivie par le plan fédéral de lutte contre le suicide, améliorer l'approche face aux spécialités pharmaceutiques, renforcer l'accueil thérapeutique du suicidant dans les services d'urgence et assurer un suivi intensif, où la collaboration entre les services d'urgence et les médecins est cruciale.

Sur la base des résultats de cette recherche, un guide pratique a été publié avec des recommandations concrètes pour aider les médecins urgentistes et leurs collaborateurs, de même que les médecins généralistes, à identifier les patients suicidaires, à les accueillir, à les prendre en charge, à les orienter et à les accompagner.

Des recommandations ont également été faites pour les prescriptions de médicaments chez des patients ayant des tendances suicidaires. Ce guide pratique a été envoyé à tous les médecins généralistes et médecins urgentistes de Belgique.

En ce qui concerne les clubs de suicide en ligne, de tels développements sont, en effet, extrêmement inquiétants, notamment pour les jeunes. Cette évolution doit absolument être suivie de près. Toutefois, s'agissant d'internet, vous savez comme moi, que des mesures nationales ne suffisent pas et que le problème doit être traité au niveau européen, voire international. J'ai demandé à mes services d'examiner cette problématique avec la Commission européenne et avec l'OMS.

Voilà l'ensemble du travail réalisé au niveau fédéral et que je poursuivrai. C'est essentiel. Pour le reste, les contacts avec les communautés ne sont pas toujours simples, mais nous poursuivons nos efforts en vue d'avoir un dialogue constructif.

07.03 **Corinne De Permentier** (MR): Madame la ministre, très sincèrement, je vous remercie de votre implication dans ce dossier qui est crucial. Certes, les Communautés ont leur rôle en matière de prévention, mais vous savez que celle-ci s'avère insuffisante et qu'il y a des communautés plus dynamiques que d'autres. Nous ne pouvons donc pas nous permettre aujourd'hui, notamment par rapport à la problématique du suicide des jeunes ou des gens qui ont une tendance suicidaire, de favoriser un côté du pays plutôt que l'autre.

Je me réjouis donc de l'organisation de ces conférences. Je me réjouis également d'apprendre que M. Demotte avait impulsé ce plan fédéral et je suis certaine qu'avec vous, il pourra être mis en place. C'est effectivement le but de notre démarche.

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

08 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van psychologische ondersteuning voor brandwondenslachtoffers" (nr. 1885)**
08 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du soutien psychologique aux brûlés" (n° 1885)**

08.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de vraag die ik wou stellen, is enigszins aangepast omdat ik op de hoogte ben van het feit dat uw voorganger, minister Demotte, toch reeds voorzien had in een halfzijdse ondersteuning in de brandwondencentra door een psycholoog. Dit weerhoudt mij er niet van om deze vraag uit te breiden.

Het is evident dat slachtoffers van brandwonden heel vaak ver van het ziekenhuis wonen waar ze worden behandeld. Het is niet zo evident om voor die psychologische ondersteuning altijd terug te keren naar het brandwondencentrum.

De vraag is heel kort en heel eenvoudig. Ik denk dat u het met mij eens bent dat die psychologische ondersteuning van brandwondenpatiënten een noodzakelijke aanvulling is op een goed genezingsproces. Die ondersteuning is dan ook gerechtvaardigd. Ik zou deze ondersteuning ook mogelijk willen maken voor patiënten die het ziekenhuis reeds hebben verlaten. Ik weet niet of u reeds gegevens heeft over het aantal brandwondencentra dat nu reeds een beroep kan doen op een halfzijdse psycholoog en de evaluatie hiervan. Op welke manier kunnen brandwondenpatiënten op een terugbetaalde, dus toegankelijke manier een beroep doen op psychologische ondersteuning?

08.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik ben mij bewust en ervan overtuigd dat de psychologische ondersteuning belangrijk is bij het revalidatieproces van zwaar verbrande personen.

Uit de eerste resultaten van een studie over de psychosociale gevolgen van een ongeval met brandwonden, die bezig is in de brandwondencentra in Nederland en België, is trouwens gebleken dat de intensiteit en de duur van de stress in verband met het trauma bij de slachtoffers zeer belangrijk waren, waardoor het nodig is om de capaciteit inzake psychosociale ondersteuning te verhogen in de brandwondencentra in België.

De psychosociale ondersteuningsteams van de brandwondenunits werden dus versterkt. De studie over de impact van de catastrofe van Gellingen op de posttraumatische stress en de gezondheid van de bevolking, heeft ten andere aangetoond hoe belangrijk de rol van de huisarts is bij de nauwe opvolging van de patiënten die het slachtoffer werden van collectieve urgentiesituaties. De behandelende geneesheren zijn de personen die tegelijk het meest geraadpleegd bleken te zijn en die een hoge graad van tevredenheid haalden bij de bevolking. Deze artsen zijn makkelijk toegankelijk en meestal bekend bij de bevolking. Zij kunnen een perfecte rol spelen voor de professionelen van de geestelijke gezondheidszorg.

Momenteel is er in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering geen enkele specifieke terugbetaling voorzien voor specifieke prestaties inzake geestelijke gezondheidszorg. Sommige ziekenfondsen voorzien via de bijkomende verzekering de terugbetaling van een deel van de psychologische raadplegingen. De huisarts speelt in dit kader echter eveneens een belangrijke rol tijdens de opvolging na de hospitalisatie en indien nodig kan een beroep op een psychiater worden aanbevolen.

Er zijn momenteel oplossingen mogelijk om een toegang voor iedereen te garanderen.

De integratie van de beroepsmensen van de geestelijke gezondheidszorg in het KB 78 heeft nog geen resultaat opgeleverd op wetgevend vlak. Voor mij is het een noodzakelijke voorafgaande voorwaarde om te praten over de terugbetaling door de ziekte- en de invaliditeitsverzekering van prestaties van deze professionelen. Ik wacht op het advies van de Werkgroep Gezondheidszorg van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen betreffende de uitoefening van de zorgberoepen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg.

08.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ditmaal is uw antwoord heel uitvoerig, waarvoor mijn dank.

Uiteraard, het koppelen aan het KB 78 is voor mij in dit punctueel dossier net iets te ver gaan. Het was vooral de bedoeling om de psychologische ondersteuning voor ambulant behandelde brandwondenpatiënten, weze het met een convenant, weze het zoals het bestaat met sommige andere aandoeningen, op een terugbetaalbare manier te realiseren. Ik denk niet, mevrouw de minister, dat u daarvoor de erkenning nodig hebt van alle geestelijke gezondheidszorgberoepen, opgenomen in het KB 78. Dat is er natuurlijk niet daarvoor.

Ik denk dat, zoals men nu psychologische halftijdse ondersteuning geeft in de brandwondencentra, in het belang van de patiënt, weze het in de tijd beperkt, weze het in een enveloppe of op een forfaitaire manier, dat de mensen toch die psychologische steun verder nodig hebben.

La **présidente**: Nous sommes effectivement confrontés en permanence à la reconnaissance des psychothérapeutes et au remboursement en dehors des centres.

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je le répète; une étude est en cours et il est normal que j'attende les résultats car tout le travail a été lancé.

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

09 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "draagmoederschap" (nr. 1910)

09 Question de M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mères porteuses" (n° 1910)

09.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ook met het dossier draagmoederschap kom ik eigenlijk nog eens terug op een dossier dat in de vorige legislatuur een aantal keren aan bod kwam in deze commissie. De directe aanleiding is uiteraard de uitzending van Telefacts op VTM die het dossier draagmoederschap opnieuw onder de aandacht heeft gebracht. Het heeft zeer pijnlijk duidelijk gemaakt dat er enerzijds commercieel zeer zware misbruiken zijn in die sector. Er zijn mensen die commercieel zeer ver gaan in het misbruiken van mensen die emotioneel in moeilijke situaties zitten. Anderzijds is er ook het gesjoemel dat in dat soort dossiers gebeurt met SIS-kaarten. Dat is voor de sociale zekerheid minimaal even belangrijk.

Ik verwijs ook naar het feit dat er hierover in deze commissie onder uw voorganger, minister Demotte, zowel op 26 april 2005 als op 7 juni 2005 vragen en antwoorden geweest zijn. Tijdens de vorige legislatuur werd ook in de Senaat, ik denk aan de commissie Bio-ethiek en de gemengde commissie Justitie en Sociale Zaken, zeer veel werk dienaangaande verricht. Mevrouw de minister, voor zover ik goed ben ingelicht, zijn er ook deze ochtend vragen dienaangaande gesteld aan de minister van Justitie door een aantal collega's. Het directe mediamoment was voor mij de gelegenheid om toch nog eens op dat dossier terug te komen, al was het maar om uw positionering te kennen. We weten immers dat u daarover in uw vorige hoedanigheid van minister van Justitie, in die periode samen met minister Demotte, verklaringen heb afgelegd.

Ik heb vier zeer concrete vragen, mevrouw de minister. De eerste vraag heeft betrekking op uw standpunt en uw houding in het dossier van het draagmoederschap. Een tweede logische vraag is of er al dan niet reeds overleg is geweest met uw collega op het departement Justitie. Of we dit nu graag hebben of niet, het zit immers wel degelijk op de tweesprong tussen Justitie en Volksgezondheid.

De derde vraag is of de regering – ook al is het maar een regering van tijdelijke zaken of een interim-regering – de intentie heeft of het noodzakelijk vindt om een wetgevend initiatief te nemen. Mevrouw de

minister, het zou toch nuttig zijn om minstens het commercieel draagmoederschap zeer drastisch aan te pakken. Ik denk dat we het daarover minimaal allemaal eens kunnen zijn. Ik heb nog een slotvraag, niet onbelangrijk gezien de uitgaven in de sector van de sociale zekerheid. Dit is eigenlijk breder dan het dossier draagmoederschap. Hoe zal men het probleem aanpakken dat er met de SIS-kaarten kan worden gesjoemeld? Blijkbaar wordt er immers niet gelijktijdig aan de patiënt gevraagd om ook de identiteitskaart voor te leggen.

09.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, (...) in kennis van bedoeld geval van oneigenlijk gebruik van de SIS-kaart door een draagmoeder.

Het debat over het draagmoederschap is erg ethisch van aard. Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek verstrekke trouwens op 5 juli 2004 een heel volledig advies over de zwangerschap voor een ander, dus over het draagmoederchap.

Het Comité concludeerde in voornoemd advies dat draagmoederschap in principe ethisch aanvaard en ethisch aanvaardbaar is. Het voegde er echter aan toe dat men op dit vlak bijzonder voorzichtig moet zijn, teneinde in de mate van het mogelijke alle, voorzienbare problemen die met bedoelde praktijk samengaan, te vermijden.

Gelet op de thans geldende wetgeving, komen bij het debat over het draagmoederschap nog de juridische problemen kijken – zoals de erkenning van het moederschap en van het vaderschap –, waarmee de ouders die op wensmoeders een beroep doen, worden geconfronteerd.

Hoewel het niet vaak gebeurt, bestaat in België wel degelijk de praktijk van het draagmoederschap. In de komende maanden zal dus een duidelijke reglementering moeten worden opgesteld die het draagmoederschap omkadert, teneinde de rechten en belangen van het kind, de draagmoeder en de wensouders te vrijwaren en alle uitwassen te vermijden. Ik denk in dat verband in het bijzonder aan de commerciële uitwassen, die onder meer in de Verenigde Staten bestaan.

Il convient de voir qui fait quoi: est-ce le parlement ou le gouvernement qui prend l'initiative? Sous l'ancienne législature, j'avais effectivement travaillé sur un projet de loi avec mon collègue Demotte. Nous avons même terminé les travaux. À l'époque, le parlement, estimant qu'il s'agissait d'un dossier éthique, avait souhaité que l'initiative soit parlementaire. Voilà qui m'est égal: soit je prends contact avec mon collègue de la Justice et j'essaie de proposer une législation, soit le débat a lieu au niveau parlementaire et j'y prendrai part avec grand plaisir, car j'estime ce sujet important.

Quant à la mise sur pied de moyens pour éviter des cas de fraude, la généralisation de la carte d'identité électronique et le regroupement des données sur cette dernière devraient permettre d'y mettre fin.

Pour la problématique des mères porteuses, un projet était prêt sous l'ancienne législature et je veux bien en rediscuter avec mon collègue de la Justice ou bien c'est le parlement. À l'époque, le parlement avait souhaité un travail à partir d'un groupe de travail interparlementaire. Cela m'est égal et il appartient à la commission de décider.

La **présidente**: Tout à fait. Mais une initiative avait aussi été prise au Sénat sur cette problématique. Alors, puisque nous avons du matériel, nous pouvons voir comment poursuivre.

Si vous le voulez bien, nous ferons le point des travaux au Sénat, puis nous déciderons de poursuivre ou non le travail en commission. Il s'agit d'une proposition que M. Bultinck peut faire à la commission ou nous, pour les semaines qui viennent.

09.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: Si le parlement veut travailler, je veux bien, à titre d'information, donner le résultat des travaux que j'avais réalisés au nom du gouvernement. Mais c'est à titre de documentation.

La **présidente**: Tout à fait. C'était en tant que ministre de la Justice que vous aviez ces documents.

09.04 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik denk dat het zeer goed zou zijn als u het fameuze wetsontwerp, dat in uw vorig leven is blijven hangen bij u en vroeger minister van Sociale Zaken, de heer Demotte, ter informatie aan de collega's van deze commissie zou bezorgen.

Ik denk dat het ook goed is dat u de violen met uw collega van Justitie zou stemmen. De heer Vandeurzen heeft vanmorgen in de commissie voor de Justitie in zijn antwoorden aan twee collega's immers laten blijken dat hij het initiatief liever aan het Parlement zou overlaten. Ik denk daarom dat het goed zou zijn als u de violen stemt onder de ministers enerzijds en anderzijds ook tussen de interim-regering en het Parlement.

Ik denk dat er een breed maatschappelijk draagvlak is om het grote misbruik op het vlak van het commerciële deel van het draagmoederschap aan te pakken. Dat zou snel moeten kunnen gebeuren.

Er moet op korte tijd ook technisch werk worden gemaakt van het gesjoemel dat bestaat met het misbruik van SIS-kaarten. Ik denk dat wij nu voldoende gegevens hebben om het dossier verder te kunnen opvolgen. Wij zullen ook de stand van zaken in de Senaat moeten opvolgen. Mevrouw de minister, zou u ons ook het ontwerp dat uiteindelijk geen wet is geworden, willen bezorgen zodat wij al een stap verder zijn in dit dossier.

La **présidente**: Est-ce que cela a été adopté? Non... et les travaux n'ont pas abouti.

09.05 Laurette Onkelinx, ministre: Le gouvernement avait imaginé que le document de travail "Justice-Santé" serait confié à un groupe interparlementaire. On peut poursuivre cette méthode. Le parlement décidera.

La **présidente**: Nous allons voir ce qui s'est passé au Sénat et comment y envisager une suite. Je peux également en parler avec mon collègue de la commission de la Justice. Nous pourrions travailler ensemble sur ce dossier. Nous demanderions alors à ce que nous soient communiquées toutes les informations. Il faudrait néanmoins décider ici de la priorité ou pas de ce sujet, ce qui n'empêche pas le transfert d'informations.

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

Je vais confier la présidence de cette commission à M. Goutry car je dois aller défendre une proposition de loi en commission de la Justice. Il s'agira de la question n° 1926 de Mme De Bont relative à la récupération des soins de santé préventifs. Je signale que M. Gilkinet a transformé sa question n° 1925 en question écrite.

Avant cela, je constate que Mme Vautmans vient d'arriver. Les personnes qui nous demandent d'être appelées pour poser leurs questions parce que, dans l'intervalle, elles se trouvent dans une autre commission sont prévenues. En cas de questions jointes, si cette requête n'a pas été formulée et qu'un des orateurs est présent, la parole lui est donnée. Dès lors, Mme Vautmans, votre question n° 1804 concernant les taux de suicide a déjà été formulée par Mme de Permentier. La réponse de Mme la ministre, assez longue et complète, vous sera transmise. Nous devons respecter une certaine discipline.

09.06 Hilde Vautmans (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik had niet gemerkt dat het een samengevoegde vraag was, waarvoor mijn excuses. Ik dacht dat ik nog op tijd was. Ik was immers in het gebouw.

Ik had nochtans graag een specifiek punt uit mijn vraag aangehaald, dat mevrouw De Permentier niet heeft aangehaald en dat van belang is. Mocht de minister er echter niet willen op ingaan, dat zal ik die vraag opnieuw indienen, voor de agenda van volgende week. Als de minister ermee akkoord gaat, dan zal ik dat punt nu kort aanhalen.

La **présidente**: Nous allons vous donner une copie de la réponse de la ministre. Je vous propose de la lire maintenant et de voir s'il y a un élément de votre question auquel il n'a pas été répondu. Mais je pense que la ministre a lu une réponse commune aux deux questions.

Nous verrons si, à la fin des questions, il est possible que vous ajoutiez quelque chose. Sinon, il faudra introduire une question supplémentaire pour avoir un complément d'information. Mais je pense que la ministre a intégré votre question dans sa réponse.

10 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "haar initiatieven in de preventieve gezondheidszorg" (nr. 1926)**

10 **Question de Mme Rita De Bont à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "ses**

initiatives en matière de soins de santé préventifs" (n° 1926)

10.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, mijn vraag spruit eigenlijk ook voort uit uw interesse voor het kanker dossier. Laat daar geen misverstand over bestaan, dat is natuurlijk een zeer lovenswaardige interesse gezien het feit dat kanker een van de belangrijkste doodsoorzaken is en gezien het feit dat het aantal kankerpatiënten in de toekomst steeds zal toenemen als gevolg van de vergrijzing. Toch stelt men zich vooral bij de Vlaamse middengroepen en in de Vlaamse media vragen bij deze interesse, vooral omdat u zich met de rondetafelgesprekken die u voert voor een groot gedeelte op het vlak van de preventieve geneeskunde begeeft. U hebt reeds geantwoord dat u dat in samenspraak met de Gemeenschappen doet. Dat wisten we niet op voorhand en het is natuurlijk noodzakelijk.

In De Standaard van 25 januari werd beschreven wat uw prioriteiten zullen zijn in deze drie maanden. Naast het kanker dossier zult u ook initiatieven nemen in de gehandicaptensector en in de rusthuizen. Er is ook sprake van de campagne die u zult starten tegen het alcoholmisbruik. Dat zijn allemaal zaken die eigenlijk behoren tot de preventieve geneeskunde. Uiteindelijk is volgens de bijzondere wet van 8 augustus 1980 de preventieve gezondheidszorg toegewezen aan de Gemeenschappen. Vandaar een zeker bekommernis en mijn vragen.

Is de minister misschien van mening dat preventieve en curatieve geneeskunde op hetzelfde bestuurlijk niveau thuishoren? Misschien delen we daarover dezelfde mening.

Ten tweede, is de minister dan van mening dat het federale niveau in België het meest geschikte niveau is om de integrale gezondheidszorg te organiseren? Zo ja, waarop baseert u zich?

Ten derde, beschikt het federale niveau misschien over teveel middelen zodat het die ook wil besteden aan de preventieve geneeskunde? Ik zou dan eerder zeggen dat die misschien beter kunnen besteed worden aan de curatieve en de palliatieve zorg waarvoor nog heel wat middelen nodig zullen zijn in verband met kanker.

Ten vierde, heeft een federaal minister zomaar de bevoegdheid om vroeger gemaakte en wettelijk vastgelegde afspraken in verband met de bevoegdheidsverdeling naast zich neer te leggen? Op deze vragen had ik van u graag een antwoord gehad.

Voorzitter: Luc Goutry.

Président: Luc Goutry.

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, Mme De Bont me demande de lui faire part de mon avis personnel, mais aussi de l'état de la situation.

À mon avis -je ne m'exprime pas ici au nom du gouvernement-, il est dommage -je l'ai toujours dit- que la médecine préventive soit dissociée des autres secteurs de la santé publique. Telle est en tout cas ma conviction.

Ma position était déjà la même lorsque je gèrais la santé au niveau de la Communauté française. Je n'ai pas changé d'avis depuis lors.

Par ailleurs, avec mes collègues des Communautés, nous sommes amenés à travailler ensemble dans le respect de nos compétences réciproques.

Vous avez cité toute une série d'exemples. Permettez-moi de vous dire qu'ils sont un peu "fous", si je puis m'exprimer ainsi. Vous avez notamment parlé des handicapés. Vous devez savoir que les allocations pour les personnes handicapées relèvent de la compétence fédérale. Par conséquent, quand un problème de dépassement des subventions se pose pour les MR-MRS, il est normal qu'il soit traité par l'INAMI. Je répète que cette question relève du fédéral, ce que vous le vouliez ou non.

En ce qui concerne le cancer, la prévention relève en majeure partie de la compétence des Communautés. Toutefois, les vaccins qui font partie de la prévention, sont pris en charge par le fédéral. Les compétences sont donc clairement liées.

Vous avez également parlé de l'alcool. Nous allons travailler ensemble sur cette problématique et un plan

national contre l'usage d'alcool sera, je l'espère, terminé pour le début du mois prochain. Cette problématique relève pourtant en grande partie des Communautés. Toutefois, certains points sont de la compétence fédérale. Ainsi, par exemple, l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics relève de la compétence fédérale alors qu'en général, la prévention contre l'usage du tabac est une matière communautaire.

J'ai la chance de travailler avec des collègues qui ne passent pas leur temps à essayer de voir si je fais un pas de côté. Comme moi, ils ont le souci d'effectuer un travail complémentaire dans le respect des compétences de chacun. Je compte donc bien poursuivre dans cette voie.

Pour rappel, nous avons déjà travaillé sur un plan national contre l'obésité, sur un plan national nutrition-santé. À chaque fois, les compétences étaient très proches les unes des autres. Nous continuerons à travailler en bonne intelligence, dans le respect des compétences des uns et des autres.

Je me vois mal mettre au point un plan national contre le cancer qui concerne les soins, les médicaments, les hôpitaux, sans aborder la question des vaccins, de l'information et de la prévention. Cela serait un peu difficile!

10.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik lees tussen de lijnen dat u ook van mening bent dat zowel curatieve als preventieve gezondheid op hetzelfde niveau thuishoren. Ik heb reeds gezegd dat wij deze mening delen.

Wij zijn natuurlijk van oordeel dat dit op het niveau van de Gemeenschappen thuishoort. Als men immers aan preventie doet, zoals vanmorgen ook is vermeld, moeten de scholen daarbij betrokken worden, wat dan weer een gemeenschapsbevoegdheid is.

Mevrouw de minister, u hebt niet geantwoord op de vraag of u van mening bent dat dit op het federale niveau thuishoort. De argumenten hebt u waarschijnlijk niet genoteerd. Wij hebben heel wat argumenten waarmee wij staven dat dit eigenlijk op het niveau van de Gemeenschappen thuishoort. Dat zal waarschijnlijk een discussie zijn voor de Octopuswerkgroep. In elk geval, ons oordeel daarover is duidelijk.

De **voorzitter**: Alles is genoteerd en keurig in het verslag opgenomen.

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

11 Question de Mme Josée Lejeune à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets indésirables du médicament antitabac Zyban" (n° 1851)

11 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nevenwerkingen van het antirookmiddel Zyban" (nr. 1851)

11.01 Josée Lejeune (MR): Monsieur le président, madame la ministre, une étude publiée dans le "Journal of Physiology" du mois de janvier 2008, dont les propos ont été relayés par le professeur Romain Meeusen de la VUB, qui a participé également à ladite étude, fait apparaître que la prise de Bupropion, composé de Zyban, combinée avec une activité physique pratiquée dans un espace chaud, peut avoir des conséquences extrêmement néfastes pour la santé.

Ainsi, selon cette étude, lors de la prise de Bupropion, "le cerveau ne va émettre au corps un signal visant à arrêter l'activité physique que lorsque la température du corps aura dépassé les 40 degrés". Le corps ne recevant aucun signal d'arrêt de l'effort physique, le patient risque notamment une attaque cardiaque.

Le Zyban est actuellement un médicament communément utilisé pour aider au sevrage tabagique. Ce dernier n'est délivré que sur prescription médicale. Il est, avant toute autre chose, notoirement admis comme un antidépresseur dont les effets positifs dans le cadre du sevrage tabagique ont été postérieurement découverts.

Madame la ministre, les institutions relais en la matière, comme l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMS) et Eudravigilance, ont-elles relevé quelque effet négatif de ce médicament tel que figurant dans l'étude à laquelle le professeur Meeusen a collaboré?

Si non, quelle réaction adopterez-vous vis-à-vis de cette problématique?

Enfin, n'estimez-vous pas que des mesures de prévention sont à prendre?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, en effet, une étude relative au Bupropion, la molécule active du Zyban, a été publiée dans le dernier numéro du "Journal of Physiology". Cette étude, effectuée chez le rat, visait à examiner l'effet du Bupropion sur la résistance à l'effort: l'organisme ne se rend plus compte que l'effort en cours est trop important et qu'il conviendrait d'arrêter. Elle a conclu, après injection de Bupropion chez cet animal, que la résistance à l'effort était accrue lorsque l'effort était pratiqué sous une température élevée.

On a aussi constaté une augmentation de la température du corps et du cerveau ainsi qu'une augmentation de la concentration en neurotransmetteurs, dopamine et noradrénaline – substances secrétées pour envoyer des signaux, des ordres à certains organes, comme le cœur ou le cerveau –, dans l'hypothalamus du rat.

Nous ignorons actuellement dans quelle mesure les données issues de cette publication peuvent être transposées à l'homme.

En effet, d'une part, le métabolisme du Bupropion n'est pas le même chez le rat et chez l'homme et d'autre part, la dose intrapéritonéale injectée chez le rat était de 17 mg/kg alors que la dose maximale recommandée chez l'homme est de 150 mg deux fois par jour sous forme de comprimés à usage oral, soit 4 à 5 mg/kg chez un homme de 70 kilos.

Comme le mentionne le communiqué de la VUB, une étude parue en 2005 dans ce journal a montré que l'administration de Bupropion à la dose de 600 mg par jour entraîne chez l'homme une augmentation de la température corporelle plus importante que celle observée avec un placebo et ce, surtout dans des conditions de température élevées (30°). Il faut toutefois noter que cette étude a été réalisée chez un petit nombre de volontaires (9 personnes), que la dose de Bupropion utilisée est le double de la dose maximale autorisée pour l'arrêt tabagique, que la différence avec le placebo est peu importante (0,3°) et que les concentrations en neurotransmetteurs sont légèrement plus élevées avec le Bupropion qu'avec le placebo mais que ces différences ne sont pas significatives.

De plus, selon la littérature, le principal danger lié à l'exercice et à l'hyperthermie est la déshydratation des sportifs. Ce facteur combiné à une rhabdomyolyse (destruction des fibres musculaires) provoquée par un effort trop important peut conduire à une insuffisance rénale. Enfin, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, c'est-à-dire qui ne contiennent pas de corticoïdes, peut également être une cause d'insuffisance rénale chez les sportifs en état de déshydratation. Il faut d'ailleurs souligner que la notice du Bupropion recommande de limiter la dose à 150 mg par jour chez les patients insuffisants rénaux. Enfin, son utilisation chez des patients âgés de moins de dix-huit ans n'est pas recommandée.

À ce jour, les rapports d'effets indésirables transmis à l'Agence des Médicaments n'ont pas mis en évidence un risque lié à une résistance accrue à l'effort des patients prenant du Bupropion. L'État membre de référence, les Pays-Bas, qui est chargé de coordonner les activités de pharmacovigilance de ce médicament au niveau européen ne nous a pas fait part de l'apparition d'un signal dans la base de données EudraVigilance.

Compte tenu de ces éléments, je ne pense pas qu'une mesure urgente s'impose à l'égard du Bupropion.

Toutefois, j'ai demandé à l'Agence d'inscrire ce point à l'ordre du jour de la prochaine réunion du groupe de travail "Pharmacovigilance" du Comité des médicaments à usage humain, issu de l'Agence européenne des médicaments, qui se réunira la semaine du 18 février. Ainsi pourra se nouer une discussion avec les autres États membres de l'Union européenne.

S'ils le jugent nécessaire, les experts pourront éventuellement proposer d'autres actions.

11.03 Josée Lejeune (MR): Monsieur le président, je voudrais remercier Mme la ministre de sa réponse étayée, dont le caractère rassurant m'incite à en rester là.

Le **président**: Les questions n^{os} 22 et 24 de Mme Colette Burgeon sont reportées.

12 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wet tot hervorming van de heffingen op de omzet van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten" (nr. 1936)

12 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi réformant les cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables" (n° 1936)

12.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, de Europese Commissie heeft zich na lange tijd akkoord verklaard met de wet van 10 juni 2006 tot hervorming van de Belgische heffing op de omzet van farmaceutische ondernemingen. Er is daar een heel lange discussie aan vooraf gegaan.

Nu is het zaak de wet zo vlug mogelijk in werking te laten treden. Dat is zeer belangrijk voor het onderzoek. Inderdaad, de opbrengst door de heffingskortingen die de industrie dankzij de wet geniet, moeten grotendeels in onderzoek naar en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen worden geïnvesteerd. Dat komt de volksgezondheid zeker ten goede.

Mevrouw de minister, binnen welke termijn zult u de wet in werking laten treden?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De wet van 10 juni 2006 tot hervorming van de Belgische heffing op de omzet van farmaceutische ondernemingen werd reeds tweemaal geamendeerd, in december 2006 en april 2007, zonder dat ze van toepassing werd, omdat de goedkeuring van de Europese Commissie noodzakelijk was conform artikel 88, §3, van het Europees Verdrag. De wet wijzigt de heffingen op twee verschillende manieren: een vrijstelling voor bepaalde categorieën geneesmiddelen en een vermindering van de heffing voor farmaceutische ondernemingen die investeren in onderzoek en ontwikkeling, voor de ondernemingen die vrijwillig hun marketingbudget verlagen en voor de kleine ondernemingen die in de productie van geneesmiddelen investeren.

Bij beslissing van 30 januari 2008 gepubliceerd in het register van de staatshulp onder het nummer 355 heeft de Europese Commissie besloten dat de maatregelen stroken met de gemeenschappelijke markt. De wet zal nog dit jaar in werking treden, maar voor het ogenblik is het onmogelijk een juiste datum te geven. Bovendien heeft de Europese Commissie gevraagd nog enkele wijzigingen aan te brengen. De wijzigingen hebben hoofdzakelijk betrekking op sommige voorwaarden en definities zullen via een gezondheidswet, die momenteel in opmaak is en in de loop van juni in werking zou moeten treden, worden geïntegreerd.

Bovendien noodzaakt de inwerkingtreding van de wet van 2006 de afkondiging van het KB waarin de diverse modaliteiten worden beschreven. Zo'n ontwerp van KB zal worden geplaatst op de agenda van de vergadering die voor het verzekeringscomité in maart is gepland. Daarna moet het ontwerp worden voorgelegd aan de Ministerraad en aan de Raad van State. Indien blijkt dat de timing voor de invoering van de aanvragen tot vrijstelling en tot vermindering die in de reglementaire tekst is beschreven en die de afgifte en het nazicht van de bewijzen betreft, dit jaar niet meer kunnen worden gerespecteerd, zal zeer snel in overgangsmaatregelen worden voorzien.

12.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik hoor dat er nog wijzigingen worden aangebracht. Ik hoop dat het geen wijzigingen zijn die betrekking hebben op geneesmiddelen, want die zijn natuurlijk ook opgenomen in de wettelijke bepalingen omtrent de tegemoetkoming of vrijstelling van heffingen. Inzake weesgeneesmiddelen bestond er ook een akkoord voor deze nieuwe legislatuur, in die zin dat het plan zou worden uitgevoerd. De vrijstelling van heffing is uiteraard een van de essentiële elementen om de weesgeneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen, betaalbaar te maken en te houden. Heeft u enig idee of de wijzigingen daarmee te maken heeft?

12.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Nous parlerons bientôt de la loi santé, liée à la discussion budgétaire.

12.05 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Weet u nu dan niet waarover die wijziging gaat?

12.06 **Laurette Onkelinx**, ministre: On m'a dit que la commission avait fait une série de remarques à propos des conditions. Je peux vous les transmettre sans problème.

12.07 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Ik dank u, mevrouw de minister.

Le **président**: Madame la ministre, quand cette "loi santé" est-elle prévue?

12.08 Laurette Onkelinx, ministre: Après le budget, monsieur le président.

Le **président**: Mais encore?

12.09 Laurette Onkelinx, ministre: M. Leterme a promis que les discussions budgétaires seraient terminées, non pas ce week-end, mais le suivant. Les événements devraient donc suivre leur cours, comme chaque année, en mars, avril...

Le **président**: Dès que vous serez informée, dites-le nous car nous devons également nous organiser en commission.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Samengevoegde vragen van

- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zachte echelonnering" (nr. 1943)
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mislukking van het systeem van zachte echelonnering" (nr. 1956)
- mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zachte echelonnering" (nr. 2000)
- de heer Michel Doomst aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zachte echelonnering" (nr. 2012)

13 Questions jointes de

- M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échelonnement modéré" (n° 1943)
- M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échec du système de l'échelonnement modéré" (n° 1956)
- Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échelonnement modéré" (n° 2000)
- M. Michel Doomst à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échelonnement modéré" (n° 2012)

13.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ook dat is een dossier dat, zeker voor de anciens in deze commissie, met de regelmaat van een klok terug opduikt in deze commissie en waar wij de vorige bevoegde ministers ook reeds ettelijke malen hebben ondervraagd.

Technisch is het dossier, mevrouw de minister, dat sinds vorig jaar 1 februari 2007 de regeling inzake zachte echelonnering wel degelijk bestaat, dat iemand die wordt doorverwezen door zijn huisarts naar een specialist, enkele euro's remgeldvermindering kan krijgen, met een aantal strikte reglementeringen ter zake.

Wat blijkt nu in de praktijk? Ook de medische vakpers heeft dit regelmatig gebracht. Er blijkt uit de cijfers dat die zachte echelonnering, op zijn zachtst uitgedrukt, niet echt een succes te noemen is. De cijfers die men ons geeft, zijn eigenlijk in de trant van minder dan 1% van de consultaties bij de specialist blijkt het gevolg te zijn van dergelijke doorverwijzing via de huisarts. Ook uw voorganger interimaris collega Donfut werd door een aantal collega's op 16 oktober 2007 in deze commissie hierover ondervraagd.

Vandaar dat wij met een aantal concrete vragen terugkomen, al was het maar in het kader van de verdere opvolging van dit dossier.

Eenzijds is er de vraag of u de cijfers, die uiteindelijk van de ziekenfondsen komen, en die op die manier bij de medische vakpers terechtkomen, formeel kan bevestigen. Ze verschillen qua details een beetje ziekenfonds per ziekenfonds, er is zelfs merkbaar voor een aantal ziekenfondsen dat er zelfs nog een terugval is, wat zeker geen aanleiding geeft tot een groter succes van de zachte echelonnering op dit moment.

Ieder van ons weet ook dat de terechte commentaar in het begin ook was dat de administratieve last zeer zwaar is en wat voor een stuk misschien zelfs een deel de verklaring kan zijn voor de slechte cijfers die wij

nu allemaal vandaag vaststellen.

Tweede concrete vraag is of er binnen de organen van de ziekteverzekering reeds overgegaan is tot een zekere evaluatie. Uw voorganger, collega Donfut heeft mij daarin – collega De Block zal mij daarin niet tegenspreken – destijds een beetje ontgoocheld met zijn antwoord in oktober. Ik hoop dat u een goed kwalitatief antwoord kunt geven over de stand van zaken. Wat zijn de conclusies uit de eventuele evaluatie?

Zijn ondertussen de nodige bijsturingen bestudeerd om het systeem te gaan bijsturen? Als vier collega's uit deze commissie u hierover interpellieren, geeft dit aan dat dit toch wel een ernstig dossier is en dat wij over alle partijgrenzen heen dezelfde bezorgdheid hebben, maar een systeem dat maar tot 1% aanleiding geeft, kunnen wij moeilijk een succes noemen. Ik denk dat wij daar allemaal zacht aandringen tot een beetje bijsturing en ik hoop dan ook dat u ons ook op die vragen concrete antwoorden kan geven.

13.02 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, uw voorganger kondigde indertijd het systeem aan van de zachte echelonnering als een belangrijke stap in een door de artsen gevraagde algemene echelonnering, wat er eigenlijk op neerkomt dat men altijd zoveel mogelijk eerst de huisarts raadpleegt en pas daarna de specialist.

De zachte echelonnering bestaat erin dat de patiënten in dit geval sinds februari 2007 minder remgeld betalen bij de specialist wanneer zij werden doorverwezen door hun huisarts en wanneer zij daar over een globaal medisch dossier beschikken. De remgeldvermindering is enkel geldig voor het eerste consult per jaar en per specialisme. Zij bedraagt 5 euro voor gewone verzekerden en 2 euro voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming.

Intussen werd een eerste evaluatie uitgevoerd en daaruit blijkt dat het systeem zoals ik indertijd een beetje had voorspeld slechts 1% van alle consultaties bij specialisten omvat. Men kan dus bijna spreken van geen echelonnering, of toch niet op de bedoelde manier.

Het laat uitschijnen dat ofwel minder dan 1% via de huisarts verwezen wordt, wat natuurlijk moeilijk aan te nemen valt, ofwel wijst het erop dat, zoals wij indertijd hebben beweerd, het systeem weinig algemeen is en derhalve te weinig gebruiksvriendelijk, en niet gekend, noch door artsen, noch door patiënten.

Mijn vragen aan u zijn de volgende. Bevestigt u de povere resultaten? Zult u het systeem handhaven? Of zult u de administratieve rompslomp ter zake verbeteren en eventueel het systeem uitbreiden of veranderen? Welke maatregelen kondigt u aan om de echelonnering op een meer algemene en doeltreffende wijze te kunnen toepassen?

13.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij de collega's. Wij hebben daar vroeger al veel over gediscussieerd, ook tijdens de bespreking van hoe de doorverwijzing er zou moeten uitzien. Ik wil niet het grote gelijk halen, maar er is toen wel gezegd: maak het systeem niet te ingewikkeld en zorg ervoor dat het goed wordt gecommuniceerd aan de patiënten en aan de artsen.

Ik wil niemand met de vinger wijzen. Wij zitten hier in een constructieve sfeer. Ik neem aan dat de cijfers zijn wat zij zijn. Maar het was eigenlijk de bedoeling de huisarts centraal te laten staan, zoals in de twee vorige regeerakkoorden stond. De huisarts zou de centrale spil worden voor de zorgtrajecten die de patiënt moet doorlopen en hij zou naar de juiste specialist doorverwijzen. Men zou de patiënt daar een soort beloning voor geven: 5 euro, of 2 euro voor de WIGW's. Zo zou de patiënt op een zachte manier in een gepast zorgtraject worden geleid.

Misschien was de zachte echelonnering wel een beetje te zacht, want blijkbaar is zij noch bij de patiënten noch bij de verwijzende artsen ingeburgerd geraakt. Vandaar het ontluisterende cijfer: minder dan 1% van de doorverwijzingen.

De cijfers zijn wat zij zijn. Wij zien een klein verschil tussen Vlaanderen en Wallonië, wij zien een klein verschil naargelang van het ziekenfonds, maar eigenlijk zijn de cijfers overal even laag.

Mijn vraag is welke maatregelen u overweegt om aan dit verschijnsel een antwoord te bieden omdat dit toch zeer belangrijk is voor de verdere uitbouw van onze gezondheidszorg. Ik neem aan dat dit nog steeds een beleidsoptie is nu steeds meer naar subspecialisaties wordt overgegaan. De patiënt ziet in de ziekenhuizen vaak door de bomen het bos niet meer en de huisarts kan daarin, onder meer door het globaal medisch

dossier – iets waarover ook al veel speeksel is gevloeid – zijn rol spelen.

Ik neem aan dat er meerdere pistes op tafel kunnen liggen, mevrouw de minister. Ik neem ook aan dat er nog iets overschiet van het budget om deze zachte echelonnering tot een succes te maken. Vermits er veel gebruik van is gemaakt, is er ook veel geld naartoe gevloeid. Ik hoop dat door middel van een of andere actie het systeem aantrekkelijker kan worden. Ik laat dit echter aan u over want u bent de bevoegde minister.

13.04 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik ben zeer vereerd mij te mogen aansluiten bij drie zeer gerenommeerde kenners van dit dossier. Ik zal zeer bescheiden zijn.

Ik denk dat wij hier op een fundamenteel punt zitten in de gezondheidszorg van waaruit wij zullen moeten vertrekken om heel de zaak in de toekomst betaalbaar te houden. Zoals wij dikwijls het beste bij de minister geraken via de kabinetschef, meen ik ook dat de weg via de huisarts naar de specialist een fundamenteel punt vormt waarop wij in de toekomst nog vaak zullen moeten terugkeren om de zaak betaalbaar te houden.

In het kader van de discussie rond de regionalisering is dit ook van belang. Ik hoor dat ter zake enig verschil bestaat tussen Noord en Zuid. Het lijkt mij goed om de minister dit op deze mooie dag mee te geven als reflectie om heel de zaak in de toekomst betaalbaar te houden.

Uw voorganger, de heer Donfut, heeft ons beloftes gedaan. Hij heeft gezegd dat hij daar werk van zou maken. Wij hadden dan ook hoop. U zit vandaag ook mooi in het wit, dus de hoop is in die zin vandaag ook op zijn plaats. Zijn er vooruitzichten? Het cijfer van 150.000 verwijzingen op 23 miljoen raadplegingen is toch wel heel beperkt. Mijn vraag is ook of deze cijfers kloppen.

Wat is er aan van de werkgroep die in het vooruitzicht werd gesteld en waarin de hele zaak grondig zou worden geëvalueerd?

Ten slotte, wat ziet de minister als maatregel om het principe van de zachte echelonnering, die toch belangrijk is, in de toekomst beter tot bij de mensen te brengen en beter in de praktijk om te zetten?

13.05 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je tiens à faire une parenthèse avant de répondre à la question.

Madame Avontroodt, pour ce qui est de la Commission européenne, il s'agit principalement de discussions sur les périodes de référence, les délais, etc. Cela ne concerne absolument pas les médicaments.

Ik bevestig de slechte resultaten.

Sedert één jaar hebben 185.000 patiënten genoten van de korting die via het mechanisme van de zachte echelonnering wordt toegekend. Voornoemd cijfer vertegenwoordigt inderdaad minder dan 1% van de raadplegingen bij de specialisten die bij het RIZIV zijn geregistreerd.

Ook indien dat een laag cijfer is, zouden de herhalingsraadplegingen van de andere raadplegingen bij de specialisten moeten worden gescheiden, om het cijfer correct te kunnen evalueren. Voornoemd onderscheid kan momenteel niet worden gemaakt.

Er kunnen meerdere hypothesen naar voren worden geschoven om het relatief lage percentage van de huidige cijfers te verklaren.

Enerzijds zijn noch de patiënten noch de artsen een echelonneringssysteem in ons land gewoon. Hoewel een groot deel van onze medeburgers een vaste huisarts heeft, zijn heel wat patiënten het gewoon om diverse specialisten te raadplegen, zonder dat zij eerst via de eerste lijn gaan.

Anderzijds werd waarschijnlijk te weinig informatie verstrekt, zowel aan de huisartsen als aan de patiënten.

Ik meen ook te mogen stellen dat de maatregel onder een bepaalde vorm van wantrouwen op het terrein te lijden had. Dat is paradoxaal, wanneer men weet dat vele huisartsen een dergelijk systeem willen bevorderen.

Twee problemen moeten worden onderscheiden.

Enerzijds zijn er de technisch-administratieve problemen. Elke verbetering op dat vlak is een goede zaak. Ik zal binnenkort de ziekenfondsen en de artsensyndicaten ondervragen, teneinde hun mening over voornoemde problemen te kennen.

Anderzijds moet de gegrondheid van de maatregel worden geëvalueerd. Zelfs indien men even terugkijkt en van mening kan zijn dat bepaalde raadplegingen van specialisten het niet nodig maken om eerst via de eerste lijn te gaan, zoals bij gynaecologie, pediatrie of oogheelkunde, houd ik vast aan het idee dat de huisarts de centrale spil van het systeem van gezondheidszorgen moet zijn en dat hij zijn eerstelijnsverantwoordelijkheid en de coördinatie van de verschillende interveniënten aanvaardt.

Op basis van de resultaten van dit eerste jaar en van een meer verfijnde analyse van de redenen voor een gedeeltelijke mislukking van het ingevoerde systeem, zal ik de personen die professioneel met gezondheidszorg bezig zijn bijeen brengen om een evaluatie uit te voeren. Daarna zal ik een verbetering van het systeem in overweging nemen.

Présidente: Muriel Gerkens.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

13.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, uiteraard wil ik u beleefdheidshalve danken voor het antwoord. Ik ben bijzonder tevreden – want ik denk dat dit een cruciale verklaring is – dat u als bevoegde minister wel degelijk zegt dat wij de huisarts centraal moeten plaatsen en dat wij de man die in de eerste lijn actief is naar volle waarde moeten schatten. Dat is zeer belangrijk, zo'n verklaring van een bevoegde minister, komende uit het Franstalige landsdeel. Dat kan tellen. Mevrouw de minister, ik denk dat we elkaar goed begrijpen. Wij zijn – en ik denk dat dit voor veel collega's geldt – wel degelijk voorstander van bepaalde duidelijke vormen van echelonnering. Ik denk dat dit nu ook door u wordt bevestigd gezien de centrale rol waarin u de huisarts wil plaatsen. Dat is positief.

Anderzijds kunnen wij natuurlijk niet om de vaststelling heen dat de eerste stap in die richting, gezet door uw voorganger, niet echt succesvol te noemen is. Ik denk dus dat we het dossier verder zullen moeten opvolgen. Ik hoor dat u met alle betrokkenen gaat samen zitten om een evaluatie te krijgen. Dan komt er uiteraard al dan niet een bijsturing. Ik denk dus dat wij niet anders kunnen dan het dossier verder op te volgen. Wij hopen dat u de nodige, misschien bijkomende, incentives kunt geven om dit beter op de sporen te zetten dan op dit moment uit de praktijk blijkt.

13.07 Luc Gouty (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, collega's, het verwondert mij niet, zoals ik al heb gezegd, dat dit niet veel heeft opgeleverd. Overigens ben ik eigenlijk nooit warm of koud geworden van het zogenaamde probleem van de echelonnering. Ik vind dat een beetje een overtrokken zaak omdat in Vlaanderen 80% trouw is aan zijn huisarts en een vaste huisarts heeft, ten bewijze ook de globale medische dossiers of GMD's. Eigenlijk wordt het probleem daar al deels structureel beheerst. Wie nog rechtstreeks naar een specialist gaat, zal men toch nooit kunnen tegenhouden omdat het daarbij bijvoorbeeld om pediatrie of gynaecologie gaat. Die mensen zullen toch nooit eerst bij de huisarts passeren en dat is misschien niet eens nodig.

Ik vraag mij af of wij meer op dat systeem moeten inzetten, waardoor het misschien nog complexer wordt en waardoor er nog meer kosten aan worden verbonden voor een kleine opbrengst. Misschien moeten wij evalueren in die zin dat wij alles moeten zetten op de uitbouw van het globaal medisch dossier. Ik vind het persoonlijk veel belangrijker dat elke patiënt beschikt over een dossier. Als hij dan eventueel rechtstreeks naar zijn specialist gaat, maar hij heeft ten minste zijn dossier bij, dan hoeft die specialist niet dezelfde handelingen te verrichten als anders de huisarts zou hebben gedaan of die in het verleden al zijn gebeurd. Dat lijkt mij een veel grotere besparing in potentie dan het ingewikkeld systeem van de echelonnering.

Ten bewijze dat het niet lukt, moeten wij er in de toekomst toch een aantal conclusies durven aan vastknopen.

13.08 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is volgens mij inderdaad goed dat er wordt gezocht naar een aantal middelen om dit systeem te verbeteren. Het is niet ongewoon dat door een gebrekkige communicatie van het bestaan van het systeem en een zeker wantrouwen, het misschien niet goed geïmplementeerd is geraakt op het terrein. Ik denk alleszins dat er wel vraag naar is, dat het een goede methode zou zijn, maar dat er misschien te zacht mee werd omgegaan.

Alleszins werd het administratief te ingewikkeld gemaakt. Ik denk dat men op verschillende gebieden zal moeten bijvlijen. Ik ben alleszins zeer blij, mevrouw de minister, dat voor de toekomst ook voor u de huisarts een centrale rol blijft spelen in de gezondheidszorg en in de organisatie ervan. Het globaal medisch dossier is inderdaad een nuttig middel daarbij, mijnheer Goutry, maar wij mogen toch niet vergeten dat jonge mensen veel verhuizen. Wij zien tijdens onze wachtdiensten meer en meer jonge mensen die nog over geen huisarts beschikken. Het aantal globaal medische dossiers loopt ook terug en dat is een spijtige zaak.

Inderdaad, wij moeten er blijven op hameren en ook jongere mensen ertoe aanzetten naar een huisarts te gaan, al is dat maar een of twee keer per jaar. Wij jagen hen niet buiten. Wij zijn blij dat wij eens een ander gezicht zien, men moet daarom niet alle dagen gaan. Toch moeten wij ook jonge mensen ertoe aanzetten een huisarts in de buurt te kiezen.

13.09 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, wij moeten zeker onthouden dat u zegt dat de huisarts de centrale spil moet zijn in de gezondheidszorg. Dat is inderdaad een heel belangrijk vertrekpunt. Ik leer uit uw antwoord en de reactie van de respondenten toch ook dat wij het inderdaad minder moeten hebben over de ingewikkeldheid en het bijschaven van het systeem om het eventueel nog wat moeilijker te maken, maar dat het vooral zal gaan over het aankweken van een attitude en waarbij meer communicatie en het aanzetten tot een juiste houding van het globaal medisch traject de hoofdpuls zal moeten zijn, minder dan het inspelen op de techniciteit of de verbetering van bepaalde punten ervan.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hoge kosten bij palliatieve thuiszorg" (nr. 1945)

14 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les frais élevés liés aux soins palliatifs à domicile" (n° 1945)

14.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, terminale kankerpatiënten hebben soms hoge dosissen pijnstillende middelen nodig. Eens men alle stappen van de pijnladder heeft doorlopen, dus de standaardprocedures die daar gevolgd worden, en eens men alle pijnbestrijdende geneesmiddelen heeft gebruikt, is er soms geen ander therapeutisch alternatief dan de subcutane of intraveneuse toediening van pijnmedicatie via een pijnpomp. Diamorfine en hydromorfine zijn dan producten die worden gebruikt.

Deze medicaties worden bij opname van een patiënt geleverd via de ziekenhuisapothek. Indien het echter om patiënten gaat die thuis palliatief worden verzorgd, moeten deze geneesmiddelen worden aangerekend aan de patiënt, spijtig genoeg. Dit kan leiden tot zeer hoge uitgaven waarbij de kost van deze pijnmedicatie snel kan oplopen tot 1000 à 1500 euro per maand.

Het is gebeurd dat mensen uit het ziekenhuis naar huis kwamen om thuis te sterven, om thuis palliatief begeleid te worden en dat dan de kosten voor de geneesmiddelen die voordien niet moesten worden betaald omdat ze uit de ziekenhuisapothek kwamen opliepen tot 1000 à 1500 euro.

Wij pleiten reeds lange tijd voor een zekere neutraliteit in die zin dat kosten die men heeft bij thuiszorg, palliatief, zeker niet hoger zouden zijn dan kosten die men heeft bij residentiële opname.

Mevrouw de minister, bent u daarvan op de hoogte? Zo ja, bent u bereid om het te laten onderzoeken, om u in te zetten en om te kijken hoe zulke kosten ook bij palliatieve thuiszorg door de ziekteverzekering zouden kunnen worden gedragen zodat het voor de patiënt financieel neutraal is, los van de plaats waar hij wordt verzorgd, en dat het zeker niet duurder zou zijn als hij thuis wordt verzorgd?

14.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, het is mij bekend dat diamorfine gebruikt wordt in de palliatieve thuiszorg. Daarom werd aan de Technische Farmaceutische Raad van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering die de aanvragen voor magistrale bereidingen behandelt, gevraagd een dossier voor te bereiden over voornoemd product. Dit dossier staat op de agenda van de vergadering van de voornoemde raad van maart 2008.

Ik zal bovendien aan voornoemde raad vragen om eveneens een dossier voor te bereiden over het

magistraal gebruik van hydromorfine.

Zodra er een positief voorstel komt van de Raad kan na het doorlopen van de volledige procedure worden besloten een verzekeringstegemoetkoming toe te kennen voor deze producten in magistrale bereidingen.

Dat zou er dan toe leiden om de kosten, die u aanhaalt in uw vraag, te verminderen.

Ik herinner u eraan dat er reeds een palliatief forfait van 491,22 euro bestaat, dat onder andere de kosten voor die magistrale bereidingen beoogt te compenseren.

14.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, uw antwoord is zeker hoopgevend, omdat ik voel dat u steunt dat die specifieke situatie – niet in de veralgemening, maar in zijn specificiteit – in die zeer pijnlijke omstandigheden moet worden bekeken, omdat ik denk dat dat kan worden geneutraliseerd. Dat moet bovendien niet zulke grote kosten met zich meebrengen, gelukkig maar.

Wat u zegt over het palliatief forfait, is juist, maar er zijn nog een hoop andere kosten die, wanneer iemand thuis palliatief wordt behandeld, erbovenop komen, zoals ook niet-medische kosten en allerlei andere kosten. Ik heb altijd begrepen dat het de bedoeling was van het forfait om vooral die kosten te dekken, maar goed.

Het belangrijkste dat ik kan onthouden is dat het dossier werd overgedragen aan de technische raad, waar het in maart op de agenda komt. Dan zullen we zien of daar vooruitgang kan worden geboekt.

Ik bedank u. Ik volg dat dossier zeker op.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de farmaceutische zorg in rusthuizen" (nr. 1946)

15 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins pharmaceutiques dans les maisons de repos" (n° 1946)

15.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Ondertussen is de camera verdwenen, waarschijnlijk omdat ik te veel vragen stel.

De voorbije legislatuur werd in deze commissie een uitgebreide bespreking gehouden van de farmaceutische zorg in rusthuizen. Ik roep de herinnering op aan collega's De Meyer en anderen die hierover een resolutie hadden ontworpen, die we trouwens op een van de laatste plenaire zittingen nog hebben aangenomen. In deze resolutie vroegen wij als Parlement onder meer om de rol van de coördinerende raadgevende arts te verduidelijken en om een striktere toepassing van het formularium na te streven. Dat is eigenlijk bij uitstek het hulpmiddel dat nu al in rusthuizen bestaat en waarin de beste geneesmiddelen, de beste prijs en de beste behandeling zijn opgesomd. In de resolutie werd ook gepleit voor een elektronisch medicatiedossier per resident en voor een geïndividualiseerde verpakking en toediening van de geneesmiddelen, waarbij men dus zoveel mogelijk per patiënt en zeer geïndividualiseerd, herstrikt en heringepakt, geneesmiddelen zou kunnen toedienen. Ik herinner mij dat wij daarover ook een hoorzitting met een demonstratie hebben gekregen in de commissie. Het was toch wel zeer revelerend om dat te horen en te zien.

Mevrouw de minister, erkent u de problematiek van de farmaceutische zorg in de rusthuizen? Bent u het ermee eens om hiervan een prioriteit in uw beleid te maken? Ik refereer dan aan de resolutie die door het Parlement werd aangenomen. Welke concrete maatregelen kunt u eventueel nu reeds aankondigen?

15.02 Minister Laurette Onkelinx: De rol van de CRA is opgenomen in de federale erkenningsnormen. Vandaag is deze rol enkel voorzien in de normen van de rust- en verzorgingstehuizen. Deze normen voorzien dat de CRA in overleg met de behandelende artsen de coördinatie op zich neemt van het zorgbeleid. Wat de geneesmiddelen betreft, omvat dit minstens het opstellen en het gebruik van het geneesmiddelenformulair.

Ik ben van mening dat de rol van de coördinerende arts moet worden bijgestuurd. Ik baseer mij hiervoor

enerzijds op een verslag dat in het RIZIV werd opgesteld en dat vandaag als adviesvraag op de agenda staat van de werkgroep RVT van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, en anderzijds op wat in het laatste akkoord artsen-ziekenfondsen werd ingeschreven. Hierin staat dat, wil men komen tot een meer kwalitatieve aanpak van de zorgen aan patiënten in rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor kort verblijf en centra voor dagverzorging, onder meer op het vlak van geneesmiddelengebruik, palliatieve zorg, dementie en depressie, revalidatie, zorgplanning en zorgcoördinatie – ook met de andere zorgverleners in het netwerk – hygiëne en preventie, de coördinerende raadgevende arts een belangrijke rol moet spelen.

In overleg met de betrokken overeenkomstencommissies, de FOD Volksgezondheid en de Gemeenschappen en Gewesten, heeft de Commissie Artsen-Ziekenfondsen zich geëngageerd om deze rol verder uit te bouwen en te omschrijven met bijzondere aandacht voor meer overleg met de huisartsen die de bewoners behandelen.

Met betrekking tot het geneesmiddelengebruik in de rustoorden wordt in een studie van 2006 van het kenniscentrum een aantal beleidsaanbevelingen geformuleerd. Er is de vraag over de conditionering in de rustoorden en het gebruik van een verdelingssysteem. Binnen het budget van het RIZIV van 2008 is in een bedrag van 600.000 euro voorzien voor een studie over de kwaliteit van de zorg in de rustoordsector, onder meer ook het belang van een goed medico-farmaceutisch beleid. Het probleem inzake de geneesmiddelenverdeling is daarvan ook een onderdeel en moet ook voldoende in een aantal proefprojecten worden bestudeerd.

15.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Dat illustreert dat u zich toch wel bewust bent van de problematiek en dat u daarvan werk wil maken. Ik denk inderdaad dat het zeer belangrijk is dat de rol van de coördinerende arts duidelijk wordt. Nu lopen immers tal van artsen binnen en buiten in het rustoord. Residenten hebben hun eigen arts. Er is ook nog een coördinerend arts die te weinig of onduidelijke bevoegdheden heeft, waardoor er ook geen lijn komt in het geneesmiddelenbeleid dat door de instelling wordt gevoerd. Ik denk dat het daarom belangrijk is om die rol met alle actoren te herbekijken.

U zult het met mij eens zijn dat het verminderen van medicatie voor oudere mensen een zeer belangrijke doelstelling is. Daaraan is uiteraard ook een besparing gekoppeld. Nu worden immers veel te veel geneesmiddelen gebruikt door oudere mensen, vooral in rusthuizen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de definiëring van goedkope geneesmiddelen" (nr. 1947)

16 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la définition de la notion de médicaments bon marché" (n° 1947)

16.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, u ziet dat de krokusvakantie mij aan het werk heeft gezet.

Het koninklijk besluit van september 2005 legt aan de artsen objectieven op inzake de te halen percentages aan goedkope geneesmiddelen die zij moeten voorschrijven. Door het KB van 2005 worden beschouwd als goedkoop: de generieke geneesmiddelen, maar ook de merkgeneesmiddelen die hun prijs hebben verlaagd tot de basis van terugbetaling, eigenlijk de referentieprij. In de praktijk zien we echter dat de merkgeneesmiddelen die in prijs zijn gezakt tot de referentieprij, daarom nog niet de laagst geprijste uit de markt zijn voor deze molecule. Ze zijn gezakt in prijs, maar ze zijn niet de beste koop. Artsen die vaak door de bomen het bos niet meer zien, krijgen daardoor de indruk – en dat wordt ook door die geneesmiddelenproducenten gepromoot – dat zij even goedkoop zijn als de generieke geneesmiddelen. Nochtans blijkt uit onderzoek dat de generieke geneesmiddelen in werkelijkheid nog altijd 20 procent of meer goedkoper zijn dan de merkgeneesmiddelen.

De recente vaststelling dat in België 40 procent van de voorgeschreven geneesmiddelen goedkoop zijn, is dus louter gebaseerd op voormeld KB en is in werkelijkheid economisch niet correct.

We zouden dat toch moeten bekijken. We zouden immers de indruk kunnen krijgen, door een bepaalde

definiëring in het KB van 2005, dat wij zijn geslaagd en dat er nu 40 procent goedkope geneesmiddelen worden voorgeschreven. Men zou kunnen bevestigen dat het goedkopere geneesmiddelen zijn – een vooruitgang ten opzichte van vroeger – maar het zijn daarom niet de goedkoopste geneesmiddelen. Dat zou pas interessant zijn, omdat er dan budgetten vrijkomen die kunnen worden ingezet voor nieuwe, innovatieve geneesmiddelen en om de stijging van het budget te kunnen opvangen.

Kan de minister akkoord gaan met mijn stelling dat het KB momenteel niet garandeert dat de goedkoopste geneesmiddelen worden voorgeschreven? Is de minister bereid het desbetreffend KB aan te passen en de definitie van een goedkoop geneesmiddel te herzien en te herleiden tot het goedkoopste? Welke maatregelen voorziet de minister verder nog om de prijzen van geneesmiddelen te doen zakken?

16.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega Gouty, het is juist dat de wetgever de apotheker niet verplicht om het goedkoopste geneesmiddel af te leveren dat op de markt is, maar alleen een van de geneesmiddelen die worden beschouwd als zijnde goedkoop, namelijk een geneesmiddel waarvoor de patiënt geen supplement op het remgeld moet betalen.

Dat kan inderdaad ertoe leiden dat er geneesmiddelen worden afgeleverd waarvoor er een of meerdere goedkopere alternatieven zijn, maar het is de rol van de apotheker om naar best vermogen te handelen, niet alleen in het belang van de patiënt maar ook in dat van de sociale zekerheid.

Mijn voorgangers hebben een systeem ingesteld van referentierugbetaling. Een van de gevolgen daarvan was dat de merkproducten hun prijzen lieten zakken tot het niveau van de generische geneesmiddelen. Het was wegens het spel van de concurrentie dat bepaalde generieken hun prijzen lieten zakken tot onder hetgeen de wetgever als minimum vroeg. Elkeen moet dus zijn verantwoordelijkheid opnemen.

Het feit dat de artsen een minimumpercentage aan goedkopere geneesmiddelen moeten voorschrijven, heeft tot bewustwording geleid en de resultaten zijn bemoedigend. Het is juist dat voorschrijven onder gemeenschappelijke internationale benaming bijdraagt aan het feit dat de voorschrijver niet systematisch moet nagaan of er voor het geneesmiddel dat hij voorschrijft al dan niet een generiek alternatief bestaat op het moment dat hij het voorschrijft.

Zodra er een dergelijk generiek geneesmiddel op de markt verschijnt, moet de apotheker het goedkope geneesmiddel afleveren. Op die manier schept men een reflex die zich, naar ik hoop, zal veralgemenen en zal maken dat de patiënt telkens als het mogelijk is een goedkoop geneesmiddel zal krijgen.

De laatste beschikbare gegevens – augustus 2007 – tonen aan dat het deel van de als goedkoop beschouwde voorschriften elk jaar toeneemt en nu 41,3% bedraagt. Onder deze goedkope geneesmiddelen nemen de generieken en de kopieën het grootste deel in met 58%. De originele geneesmiddelen die in prijs verlaagden, vertegenwoordigen 48%, terwijl de voorschriften van dure geneesmiddelen onder actieve stof slechts een zeer klein deel uitmaken van de geneesmiddelen, te weten 21%.

Ik denk dus niet dat voorschrijvers bewust geneesmiddelen onder actieve stof voorschrijven waarvan zij pertinent weten dat er geen goedkoop alternatief voor bestaat, uitsluitend om hun verplichting om goedkoop voor te schrijven te omzeilen. Indien zij deze mogelijkheid systematisch gebruiken zal de evolutie van de markt er met de regelmatige komst van nieuwe generische geneesmiddelen toe leiden dat het aantal afgeleverde goede geneesmiddelen zal toenemen.

Ik zal de evolutie van het systeem van nabij volgen en nieuwe maatregelen nemen indien dat nodig mocht blijken, om het budget voor geneesmiddelen onder controle te houden. Ik voorzie reeds een nieuwe evaluatie van de effecten van de maatregel.

Tot slot is het belangrijk om de voorschrijvers regelmatig te informeren en bewust te maken. Diverse acties werden reeds ondernomen en worden nog verder ontwikkeld in overleg met de zorgverstrekkers.

Op de website van het RIZIV en van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie kunnen de voorschrijvers informatie vinden over de goedkope geneesmiddelen. De gegevens worden ook jaarlijks opgestuurd via het mementopharma.

In het nationaal akkoord tussen geneesheren en ziekenfondsen is bepaald dat het medisch farmaceutisch overleg tussen artsen en apothekers opnieuw van start zal gaan. De uitgaven voor geneesmiddelen worden

opgevolgd door het RIZIV en er wordt geregeld een rapport voorgelegd aan de commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen en aan de overeenkomstencommissie Apothekers-Verzekeringsinstellingen. De farmaceutische bedrijven zijn middels hun beroepsorganisatie betrokken bij de evolutie van de uitgaven en de technische ramingen van het budget voor het lopende jaar en de komende jaren.

16.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uw antwoord leidt er uiteraard toe dat wij ons allemaal bewust zijn dat die zaak niet kan en mag stilvallen, dat wij opnieuw op een of ander nuttig ogenblik, misschien naar aanleiding van de gezondheidswet, opnieuw het debat moeten openen over de prijsbeheersing inzake geneesmiddelen.

Ik vrees anders immers een beetje voor het beproefde model van concurrentie, dat nu mondjesmaat wordt ingevoerd, niet altijd op de beste manier, want dat kiwimodel is mislukt. Het zijn echter stappen geweest om inderdaad inspanningen te doen, de resultaten zijn er ook naar. Die inspanningen kunnen echter vrij snel verdwijnen.

Gegevens wijzen nu immers reeds uit dat de prijs snel door het volume wordt opgeslorpt. Met andere woorden, de prijs is klein, maar de volumes vergroten. Het budget blijft dan toch weer hetzelfde. Zolang wij de volumes blijkbaar niet kunnen beheersen – dat heeft dan ook weer te maken met voorschrijven en attitude – moeten wij zeker toch ten minste blijven ingrijpen in de prijs omdat die voor de patiënt nu neutraal is. Hij betaalt vandaag immers verschillende remgelden, naargelang welk geneesmiddel hij gebruikt. Ik denk dus dat wij dit debat absoluut terug moeten aanzwengelen.

U zegt dat de apotheker zelf moet kijken wat hij aflevert aan de patiënt en dat hij dan kan kiezen voor het goedkoopste. Dat kan in één geval, namelijk bij het voorschrijven op stofnaam. U hebt het zelf gezegd. Dat is het enige. Voor de rest hebben apothekers in ons land geen substitutierecht en kunnen zij niet anders dan afleveren wat expressis verbis op het voorschrift is vermeld, tenzij daar de wetenschappelijke naam zou vermeld zijn, zoals u zelf hebt gezegd.

Met andere woorden, dit is geen vraag die tot een finaliteit leidt, dit is een open vraag die als bedoeling had om het probleem opnieuw op de voorgrond te brengen omdat ik denk dat wij dit nooit van de politieke agenda zullen kunnen weglaten.

Le **président**: Il me semblait qu'une date était prévue pour l'évaluation du modèle KIWI?

16.04 Laurette Onkelinx, ministre: J'avais effectivement communiqué une date dans une de mes réponses mais je ne m'en souviens plus exactement.

La **présidente**: Nous vérifierons car si une date est prévue pour une évaluation, nous pourrions rouvrir la discussion à ce moment-là.

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

17 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe samenstelling van de Nationale Raad voor Verpleegkunde" (nr. 1948)

17 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nouvelle composition du Conseil national de l'art infirmier" (n° 1948)

17.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de Nationale Raad voor Verpleegkunde moet door de bevoegde minister worden samengesteld. De Raad is sedert oktober 2007 ontbonden.

De werking van de Raad zelf, maar ook van alle hieraan verbonden werkgroepen is hierdoor natuurlijk stilgevallen.

Het is dus hoogtijd dat een nieuw KB kan worden gepubliceerd met de nieuwe samenstelling van deze Nationale Raad voor Verpleegkunde.

Het bevreemdt mij dat het blijft duren, vandaar de vragen. Een en ander zal wel te maken hebben met de lopende zaken. Nu wij deze voorbij zijn, zijn mijn vragen hoever dat nu staat met die Nationale Raad voor

Verpleegkunde. Wanneer zal het desbetreffend KB verschijnen?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Goutry, en fait, les mandats des membres du Conseil national art infirmier sont effectivement venus à échéance le 10 octobre dernier. Cependant, pour offrir une sécurité aux personnes concernées par une demande d'agrément en cours, la commission d'agrément de ce conseil se réunit toujours.

En attendant la nouvelle composition du Conseil national, les membres de la commission d'agrément ont continué à traiter les demandes des porteurs d'un titre professionnel particulier et les demandes d'enregistrement des praticiens.

J'avais, par courrier du 10 janvier 2007, invité toutes les organisations représentées dans le conseil à introduire des candidatures pour le renouvellement des mandats. Après réception de toutes les candidatures, un premier projet d'arrêté de nomination avait été préparé. Toutefois, le projet de nomination doit tenir compte d'une série de dispositions légales, comme l'équilibre linguistique, une répartition la plus large possible en ce qui concerne le régime régional des candidats ou encore une répartition égale hommes/femmes.

Après la rédaction d'un premier projet d'arrêté de nomination, un problème est apparu pour atteindre l'équilibre linguistique légal obligatoire, notamment par rapport aux candidatures d'une des organisations représentées. Après analyse approfondie, alors que cette organisation est active sur le plan national, il s'est avéré qu'il n'y avait que des candidats francophones. Nous avons alors demandé à l'organisation d'adapter ses candidatures.

Le 29 janvier, l'administration a reçu les candidatures adaptées. Lors de l'examen fait par l'administration de ces nouvelles candidatures, elle s'est à nouveau rendu compte du déséquilibre linguistique. L'administration se concertera directement avec le président de cette commission pour parvenir le plus rapidement possible à une solution. Nous y travaillons sans cesse, mais les candidatures doivent nous parvenir de manière à nous permettre de respecter le prescrit en la matière.

17.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Dit brengt mij de nodige verheldering. Zo weten wij tenminste dat er toch vooruitgang is in de zaak. Ik dank u voor uw antwoord.

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

18 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overlijdens in de psychiatrie" (nr. 1954)

18 Question de Mme Rita De Bont à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les décès en psychiatrie" (n° 1954)

18.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, op 13 november had ik ook een mondelinge vraag gesteld over het gebruik van medicijnen, dit keer in de psychiatrie, maar ook in verband met de sterfgevallen in de psychiatrie. Uit het antwoord van de minister blijkt dat er eigenlijk verschillende cijfers circuleren in verband met die overlijdens. Ik had dan ook graag geweten bij welke dienst de administratie de meest recente cijfers heeft kunnen bekomen.

Ik heb een paar bijkomende schriftelijke vragen gesteld, maar de heer Donfut was blijkbaar niet meer in de mogelijkheid om die schriftelijke vragen te beantwoorden. Ook van u, mevrouw, heb ik daar geen antwoord op gekregen. Vandaar dat ik ze nu mondeling stel.

Hoeveel overlijdens werden er per jaar geregistreerd in de psychiatrische ziekenhuizen en in de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen of de PAAZ-afdelingen in België vanaf 1998 tot en met 2007? Hoeveel hiervan werden er als natuurlijke dood geregistreerd en hoeveel als onnatuurlijke? Bij de overlijdens als onnatuurlijke dood had ik graag geweten hoeveel er daarvan werden geregistreerd als zelfmoord, hoeveel als ongeval en hoeveel als doodslag, en van hoeveel de doodsoorzaak niet bekend was.

Ten vijfde, wat zijn de afzonderlijke cijfers voor de psychiatrische klinieken en voor de respectievelijke PAAZ-afdelingen voor al deze gegevens?

18.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, het zal een goede oefening zijn voor mij om cijfers in het Nederlands te geven!

Ons baserend op gegevens van de dienst psycho-sociale zorgverlening is het aantal overlijdens in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen sinds 1998 gedaald van 682 naar 477 in 2004: 725 overledenen in 1999, 614 in 2000, 548 in 2001, 514 in 2002 en 587 in 2003. Van de 477 overledenen in 2004 betrof het voor 371 een natuurlijke dood en voor 98 een onnatuurlijke dood. Voor 8 was de doodsoorzaak onbekend. Van de 98 onnatuurlijke overlijdens waren er 9 te wijten aan een ongeval en 89 aan zelfdoding.

Het aantal overlijdens in de psychiatrische ziekenhuizen daalde van 572 in 1998 naar 388 in 2004: 622 overledenen in 1999, 508 in 2000, 458 in 2001, 422 in 2002 en 490 in 2003. Van de 388 overledenen in 2004 betrof het voor 302 een natuurlijke dood en voor 80 een onnatuurlijke dood. Voor 6 was de doodsoorzaak onbekend. Van de 80 niet-natuurlijke overledenen waren er 7 te wijten aan een ongeval en 73 aan zelfdoding.

Het aantal overledenen in de psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen daalde van 110 in 1998 naar 89 in 2004, 103 in 1999, 96 in 2000, 90 in 2001, (92) in 2003. Van de 89 overledenen in 2004 betrof het voor 69 mensen een natuurlijke dood en voor 18 een niet-natuurlijke dood. Voor 2 was de doodsoorzaak onbekend. Van de 18 niet-natuurlijke overledenen waren er 2 te wijten aan een ongeval en 16 aan zelfdoding.

18.03 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, mijn vraag was inderdaad beter geschikt voor een schriftelijke vraag, maar dan had u deze oefening natuurlijk niet gekregen. Ik dank u alleszins voor de moeite.

Deze cijfers worden betwist, maar dat heeft wellicht te maken met personen die twee keer worden opgenomen of die al ontslagen waren. Eens men de cijfers op papier heeft, kan men ze verder controleren. Dank u wel.

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

19 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de consumptie van Rilatine"** (nr. 1972)

19 **Question de M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de Rilatine"** (n° 1972)

19.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uit cijfers van het onderzoeksbureau IMS blijkt dat de consumptie van Rilatine in ons land de voorbije vijf jaren is verdubbeld. Vorig jaar werden ongeveer 7,5 miljoen dagdosissen verkocht, terwijl dat in 2002 nog maar de helft was.

U weet dat Rilatine gedeeltelijk door de ziekteverzekering wordt terugbetaald voor ADHD-patiënten. Uit de zeer snel stijgende consumptie blijkt overduidelijk dat heel wat kinderen Rilatine slikken zonder dat de strikte diagnose van ADHD werd gesteld. Dat blijkt heel duidelijk doordat slechts de helft van de voorgeschreven dosissen wordt terugbetaald door de ziekteverzekering.

Mevrouw de minister, ik heb een aantal concrete vragen om dit dossier verder te kunnen opvolgen.

Ten eerste, kunt u de hierboven vernoemde stijging van de consumptie van Rilatine al dan niet bevestigen?

Ten tweede, beschikt u inderdaad over gegevens die al dan niet ook bevestigen of steeds meer kinderen onoordeelkundig, met andere woorden, zonder dat er strikte analyse en diagnose van ADHD is gesteld, wel degelijk Rilatine slikken?

Ten derde, hebben uw diensten reeds onderzocht of het niet nuttig zou kunnen zijn om in een aantal striktere kriteerijnen te voorzien bij het voorschrijven van Rilatine? Een aantal mensen zullen zich herinneren dat in het verleden zeer veel mensen een pleidooi hebben gehouden om inderdaad Rilatine terug te betalen. Nu zien wij blijkbaar het omgekeerde effect, met name dat Rilatine veel te ruim, door allerlei mensen die het niet strikt nodig hebben, wordt geslikt.

Ten slotte, valt het niet te overwegen een campagne rond Rilatinegebruik te organiseren in het kader van het ontraden naar analogie van eerdere campagnes rond antibioticagebruik en die tot succes hebben geleid, met name het verminderen van het gebruik van antibiotica?

19.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Rilatine is inderdaad de commerciële naam voor methylfenidaat, een stimulant van het centraal zenuwstelsel. Voor Rilatine is in terugbetaling voorzien in hoofdstuk 4. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding van Rilatine dient de patiënt te voldoen aan zeer strikte criteria zoals vastgelegd in internationale richtlijnen en het voorafgaandelijk advies van de adviserende geneesheer.

Methylfenidaat is eveneens commercieel verkrijgbaar als conserta, niet vergoedbaar.

Ten eerste, ik beschik over twee bronnen van gegevens. Enerzijds de cijfers over de consumptie van Rilatine via het systeem van terugbetaling, anderzijds de algemene verbruikcijfers van Rilatine in open officine. Uit een vergelijking van de cijfers van de twee databanken, blijkt dat het vergoedbare aandeel inderdaad sterk is gestegen sinds 2004. Deze toename blijft niettemin volledig in lijn met wat werd voorgesteld in de individuele aanvraagdossiers voor terugbetaling van Rilatine.

Terugbetaling was slechts mogelijk vanaf 2004. Uit deze vergelijking blijkt eveneens dat het vergoedbare aandeel van Rilatine 53 procent vertegenwoordigt van het totale verbruik van Rilatine.

Ten tweede, het RIZIV beschikt niet over gegevens die bevestigen dat steeds meer kinderen onoordeelkundig en zonder dat Attention Deficit Hyperactivity Disorder formeel werd vastgesteld, Rilatine gebruiken.

Ten derde, momenteel valt de vergoeding van Rilatine onder hoofdstuk 4, waardoor een patiënt moet voldoen aan strikte criteria die overeenstemmen met internationale richtlijnen.

Ten vierde, een campagne om Rilatinegebruik te ontraden of bij te sturen, lijkt me inderdaad nodig, in het bijzonder indien het voorgeschreven wordt voor de niet-terugbetaalde indicaties, door de arts, de patiënt en de familie te wijzen op de risico's van Rilatine, zoals vermeld in de bijsluiter.

19.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw zeer uitgebreid antwoord.

Ik heb nog een klein detailvraagje. Ik neem akte van het feit dat u bevestigend antwoordt op de noodzaak van een eventuele campagne om de mensen te wijzen op een aantal risico's van onoordeelkundig gebruik van Rilatine. Zijn er daarover al meer concrete gegevens? Is eventueel al een aantal eerste aanzetten gegeven voor die campagne? Is er een tijds kader waarbinnen die campagne, al dan niet in overleg met de Gemeenschappen, zou kunnen worden opgestart? Wat is de verdere evolutie van het dossier?

19.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: On va analyser le problème.

La **présidente**: Vous pourrez donc assurer le suivi de ce sujet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 **Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voeds etikettering" (nr. 1997)**

20 **Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étiquetage des aliments" (n° 1997)**

20.01 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, traditiegetrouw is de laatste vraag voor mij.

Mevrouw de minister, een juiste en volledige voeds etikettering is cruciaal voor de verbruiker. Goede en leesbare informatie over de voedingswaarde van levensmiddelen kan de eerste stap naar een weldoordachte keuze van de consument betekenen.

De Europese Commissie heeft in die zin een herziening van de voedsel-etikettering voorgesteld. De bevoegde EU-commissaris wil de regels voor etikettering uitbreiden tot niet-voorverpakte producten, inclusief de maaltijden die in restaurants verkocht worden. Dat lijkt op het eerste gezicht een goede zaak. De Europese regelgeving verplicht de voedingsindustrie echter niet om de oorsprong van de producten mee te geven. Producenten die de herkomst van een product toch willen aanduiden, dienen bepaalde criteria in acht te nemen. Er mag bijvoorbeeld geen misleidende informatie op het etiket staan.

Consumentenorganisaties reageren teleurgesteld op het initiatief van de Commissie. Volgens de koepel van consumentenorganisaties, BEUC, zijn de voorstellen verwarrend en moeten de consumenten met een blik de voedingswaarde van producten kunnen begrijpen in een normaal en voldoende leesbaar lettertype.

Mevrouw de minister, hoe staat u tegenover de kritiek van de consumentenorganisatie om met een duidelijk leesbare verwijzing de voedingswaarde van producten begrijpbaar te maken?

Overweegt u om de problematiek op een volgend Europees overleg van de ministers van Volksgezondheid aan te kaarten?

Wanneer zal hierover een definitieve beslissing worden genomen?

20.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik ben ook van mening dat de vigerende wetgeving betreffende de etikettering van de voedingswaarde niet volledig aan de verwachtingen voldoet en dat een herziening noodzakelijk is. Het gebrek aan leesbaarheid van de voedsel-etiketten in het algemeen en van de voedingswaarde in het bijzonder is inderdaad een van de hoofdredenen van de ontevredenheid bij consumenten. Het klopt dat het overgrote deel van de consumenten moeilijkheden ondervindt om de beschikbare informatie te begrijpen. Informatie over de nutriële waarde van de voedingsmiddelen moet de consument helpen om gezondere en beter geïnformeerde keuzes te maken.

Een duidelijk leesbaar en door consument begrijpbare voedselwaarde-etikettering is bijgevolg een van de doelstellingen van het nationaal voedings- en gezondheidsplan, dat door mijn voorganger gelanceerd werd. Hieromtrent hebben de FOD Volksgezondheid en het OIVO onlangs de brochure "De voedingswaarde op het etiket beter begrijpen" bijgewerkt. Men kan ze gratis bij die instellingen bestellen of downloaden van hun website.

Ik ben daarom tevreden dat de Europese Commissie een voorstel om de huidige reglementering te herzien, heeft voorgelegd, voorstel dat die doelstelling ook onderschrijft. Het voorstel van de Europese Commissie zal via codecisie door het Europees Parlement en de Raad worden aangenomen. De tekst zal daarom met alle bevoegde ministers worden bediscussieerd.

In dit stadium is het niet mogelijk een termijn te plakken binnen dewelke het voorstel zal worden aangenomen, omdat België de agenda's van het Europees Parlement of de Raad niet bepaalt. Het punt staat alleszins op de agenda.

20.03 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik stel vast dat de minister mijn mening deelt en de bekommernissen van de consument begrijpt. Ik kijk uit naar de aangepaste reglementering van Europa.

Het is inderdaad belangrijk dat de etikettering duidelijker wordt opdat de consument beter zou geïnformeerd worden en een gezondere keuze zou kunnen maken indien hij dat wenst.

Ik verwacht van u dan dat wanneer u die informatie hebt van Europa u deze eventueel aan de commissie meedeelt.

20.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Dat zal ik zeker doen.

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

La **présidente**: La question n° 1999 de Mme Maggie De Block est reportée.

La réunion publique de commission est levée à 17.19 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.19 uur.