

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

du

MERCREDI 25 MAI 2011

Matin

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 25 MEI 2011

Voormiddag

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 10.36 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

Le développement des questions et interpellations commence à 10.36 heures. La réunion est présidée par M. Hans Bonte.

01 Question de M. Olivier Henry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la problématique du don de sang" (n° 4746)

01 Vraag van de heer Olivier Henry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het geven van bloed" (nr. 4746)

01.01 **Olivier Henry** (PS): Monsieur le président, madame la ministre, depuis plusieurs années, le monde associatif homosexuel interpelle les politiques que nous sommes sur la problématique du don de sang. Si actuellement toute personne âgée de 18 à 65 ans peut potentiellement donner son sang, des circonstances de vie (prise d'un médicament, voyage à l'étranger, tatouage, piercing, comportement sexuel, etc.) justifient l'exclusion du don.

En effet, si tous les dons de sang sont testés, il existe toutefois pour certaines maladies infectieuses, notamment le VIH, une période de plusieurs jours suivant l'infection où les anticorps dirigés contre le virus ne sont pas détectables. Pendant cette période dite "silencieuse" ou "fenêtre sérologique", la personne infectée est porteuse du virus et peut le transmettre, alors même que les tests de dépistage sont négatifs. Afin d'éviter tout risque de transmission chez les receveurs, des mesures d'ajournement au don de sang, temporaire ou permanent, sont prises.

Si l'exclusion de personnes ayant des pratiques sexuelles à risque se justifie pleinement d'un point de vue médical, il n'en demeure pas moins que la formulation actuellement usitée interpelle. Ainsi, "les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes" sont invités à ne pas donner leur sang.

Consciente du sentiment discriminatoire de cette formulation dont certains pouvaient souffrir, vous vous êtes saisie du dossier l'an dernier et ce, pour avancer sur la problématique des conditions que doivent remplir les candidats donneurs de sang.

Madame la ministre, je souhaiterais procéder avec vous à l'état de la question.

Un groupe de travail a-t-il été constitué en la matière? Si oui, qui le compose? Dans quel délai ses travaux doivent-ils aboutir? Quelles sont les pistes d'ores et déjà écartées ou retenues? Pour ce qui est de la procédure actuellement usitée, quelle est la proportion de donneurs potentiels qui se présente à la Croix-Rouge mais qui est écartée après entretien avec le médecin compétent? Combien de donneurs téléphonent-ils par la suite pour demander que leur sang soit finalement exclu de la réserve? Disposez-vous de données quant aux raisons amenant à ces exclusions post-don? Enfin, quelle est la pratique en la matière chez nos voisins européens?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, monsieur Henry, nous en avons longuement parlé lors de la précédente législature. J'ai d'ailleurs dit que je comprenais parfaitement l'émotion de la communauté homosexuelle qui ressentait la restriction liée au don de sang de la Croix-Rouge comme étant une discrimination. Nous avons bien dit que tel n'était évidemment pas la volonté mais que l'on voulait, pour la sécurité du sang, exclure des comportements à risque. Il ne s'agissait pas de travailler sur une base discriminatoire. Nous en avons vraiment beaucoup parlé et un groupe de travail, dont nous vous transmettrons la composition, a été constitué.

Il y a des parlementaires, mais peut-être peut-on l'élargir? Si vous êtes intéressé, aucun problème ne devrait se poser. Y participent le Centre pour l'égalité des chances, les associations gays, la Croix-Rouge, le SPF Santé, les plates-formes Prévention sida, l'Institut tropical d'Anvers, le CHU Saint-Pierre, des experts de l'Agence des médicaments, etc. Ce groupe de travail assez large s'est déjà réuni à plusieurs reprises.

Le travail de cette instance s'est arrêté avec la chute du gouvernement. J'ai demandé, malgré tout, de reconvoquer la table ronde, afin de poursuivre le travail initié. Une réunion a eu lieu début mars, une autre, le 6 mai. Une nouvelle réunion aura lieu au mois de juin. Ce sont les chefs de groupe qui envoient les représentants; je vous invite donc à vous entretenir avec celui de votre groupe. Nous examinerons évidemment les conclusions qui peuvent émaner de cette réunion commune.

Quant à votre question sur la procédure actuelle, je peux vous indiquer que 12 % des candidats donneurs sont écartés du don de sang, mais pour diverses raisons à la suite du face-à-face avec le médecin.

Par ailleurs, après le don de sang, plus de mille donneurs par an téléphonent à l'établissement de transfusion sanguine pour demander la destruction de leur don, mais le donneur ne doit nullement se justifier. Dès lors, nous ne disposons d'aucune statistique sur les raisons ayant amené le donneur à formuler une telle demande. La pratique chez nos voisins européens ne diffère pas de celle en vigueur dans notre pays.

01.03 Olivier Henry (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'examinerai avec mon chef de groupe la possibilité de m'inscrire à la réunion du prochain groupe. J'attends également avec impatience les conclusions qui en résulteront.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het geneesmiddelengebruik in rusthuizen" (nr. 4798)

02 Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la consommation de médicaments dans les maisons de repos" (n° 4798)

02.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, uit een recente studie van de Christelijke Mutualiteiten naar het gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen blijkt dat een groot deel van de bewoners van de rusthuizen antidepressiva of antipsychotica krijgt. Iets meer dan 43 % van de bewoners gebruikte in 2009 antidepressiva en 18 % gebruikte antipsychotica.

Die vaststelling brengt weinig nieuws onder de zon. Het hoge verbruik in rusthuizen is al langer bekend en de resultaten van de studie liggen in de lijn van de studie uit 2007, die op haar beurt gebaseerd was op een studie uit 2005.

Een opvallende vaststelling van de studie is wel dat het geneesmiddelenverbruik voor patiënten met een gelijk afhankelijkheidsprofiel duidelijk hoger ligt in de rusthuizen dan in de thuiszorg. Er valt een verschil op te tekenen van 26 % voor het gebruik van antidepressiva en een verschil van 50 % voor het gebruik van antipsychotica.

Daarnaast kwam de studie ook tot de vaststelling dat een kwart van de bejaarden die in een rusthuis woonachtig zijn, een geneesmiddel gebruikte dat op de Beerslijst is opgenomen. Dat het geneesmiddel op die lijst staat, wil zeggen dat het niet gepast wordt geacht om aan bejaarden te geven. Er valt wel een vooruitgang te noteren in vergelijking met de cijfers van 2005, maar het blijft nog altijd een zeer hoog

percentage.

De onderzoekers schuiven in hun studie mogelijke oplossingen naar voren in de vorm van meer en beter betaald en opgeleid zorgpersoneel, een nog grotere rol voor de coördinerende en raadgevende arts en een uitgebreidere samenwerking met de apotheker en de huisarts. De onderzoekers plannen een overleg met de sector.

Bent u op de hoogte van die geneesmiddelenproblematiek?

Hoe ziet u de evolutie van de rol van de verschillende gezondheidsverstrekkers in de rusthuizen of gezondheidsverstrekkers die in contact staan met patiënten van de rusthuizen?

Is er overleg gepland met de sector om bepaalde rollen uit te diepen en eventueel in opleidingen te voorzien? Wordt u betrokken bij dat geplande overleg?

Hoe staat u tegenover de aanbeveling om het aantal personeelsleden te verhogen?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik ben uiteraard op de hoogte van de problematiek. Ik heb reeds verschillende beleidssporen uitgezet, die in de toekomst moeten leiden tot een rationeler geneesmiddelengebruik in de rustoorden voor bejaarden. Daarbij verwijs ik naar de aanbevelingen van de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 26 april 2010.

Ik verwijs ook naar mijn oriëntatienota van 18 november 2010 over psychomedicatie en naar de aanbevelingen die zijn opgenomen in het document van december 2010 over de coördinerende en raadgevende arts" en tot slot naar de aanbevelingen in een studie van het KCE van 2006. In aansluiting op die aanbevelingen wordt op het moment een proefproject uitgewerkt, waarbij het de bedoeling is het overleg op individueel patiëtniveau tussen de voorschrijvende arts, de verantwoordelijke verpleegkundige van het rustoord en de apotheker te vergemakkelijken.

De werkgroep Ouderenzorg van de IMC Volksgezondheid zal het proefproject binnenkort bespreken. Nadien zal aan de bevoegde organen bij het RIZIV gevraagd worden het project in een ontwerp van koninklijk besluit te vertalen. Er komt een oproep voor een twintigtal projecten.

Ik hoop ook dat het medisch farmaceutisch overleg tussen artsen en apothekers binnenkort van start gaat. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen werkt aan een voorstel van uitvoeringsbesluit voor individuele medicatievoorbereiding, namelijk een gepersonaliseerde verpakking, die de apotheker per patiënt en per moment van toediening aanmaakt. Dat zal ook leiden tot een rationalisering van het geneesmiddelengebruik in het rusthuis.

Wat de problematiek van het niet-medicamenteus behandelen van personen met dementie betreft, verwijs ik in de eerste plaats naar een lopende studie bij het KCE. In de Overeenkomstcommissie Rustoorden van het RIZIV wordt intensief onderzocht op welke wijze de financieringsnormen kunnen worden aangepast voor personen met dementie om op die manier dichter aan te sluiten bij de specifieke noden van die groep van patiënten en hun levenskwaliteit optimaal te bewaken.

De besprekingen worden gevoerd met experts in dat domein en omvatten niet alleen de medicamenteuze behandeling, maar ook andere vormen van aanpak van dementie, zoals psychologische ondersteuning, activering en animatie, alsook aspecten inzake de leefomgeving.

Daarenboven is het de uitdaging om tot concrete afspraken tussen de behandelende artsen, de CRA's, de huisartsenkringen en de instellingen omtrent een efficiënt geneesmiddelengebruik in de instellingen te komen.

Het idee om het aantal personeelsleden te verhogen, heeft veeleer te maken met de niet-medicamenteuze behandeling van de ouderen. Ik herinner u er in dat verband aan dat de RIZIV-begroting voor 2011 in een bedrag van 10 miljoen euro voorziet voor bijkomend personeel, ongeveer 200 fulltime equivalenten in de RVT-ROB om dementiepatiënten te omkaderen.

Daarbij gaat het niet alleen om kwantiteit, maar vooral om het afstemmen van de noodzakelijke kwalificaties van het personeel op de behoeften van die patiënten om op die manier door stimulering, reactivering,

ondersteuning of het creëren van een veilige omgeving te zorgen voor een groter welbevinden van de bewoners in een instelling.

02.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, ik ben verheugd te horen dat er blijkbaar toch een nauwere samenwerking wordt gepland tussen de artsen en de apothekers en het verplegend personeel, want uiteindelijk gaat het hier wel over medicamenten die worden toegediend aan onze ouders, die normaal gezien een zeer goede verzorging moeten krijgen in de rusthuizen en die geen antidepressiva of antipsychotica nodig hebben, omdat ze misschien een beetje te onrustig zijn of vervelend doen of om de verpleger een beetje rust te geven. Het is goed dat er gezorgd wordt voor een helikopterbeeld van de patiënt.

Hetgeen ik nog niet echt gehoord heb, is een antwoord op de vraag waar het verschil vandaan komt dat de thuisverzorgenden de betreffende medicatie minder hoeven in te nemen dan de personen in een rusthuis. Misschien kan het nieuwe beleid het probleem in de toekomst verhelpen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Mevrouw Almaci is er nog steeds niet voor haar vraag 4789. Ik heb begrepen dat mevrouw Jadin niet aanwezig kan zijn voor haar vraag 4801.

03 Questions jointes de

- Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la suppression du concours de sélection des kinés" (n° 4801)

- M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le cadastre des kinésithérapeutes" (n° 4875)

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de afschaffing van het selectie-examen voor kinesitherapeuten" (nr. 4801)

- de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het kadaster voor kinesitherapeuten" (nr. 4875)

03.01 Manu Beuselinck (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, naar aanleiding van de wetsvoorstellen die hier door verschillende partijen werden ingediend om zonder meer het uitgangsexamen voor kinesitherapeuten af te schaffen, heb ik vorig jaar gevraagd om hoorzittingen te houden over de planning van het medisch aanbod, meer bepaald over die kinesitherapeuten.

Het is steeds onze overtuiging geweest dat het uitgangsexamen een onding is. Volgens mij wordt die mening door iedereen hier gedeeld.

Wij zijn er echter nog altijd van overtuigd dat er evenzeer nood is aan een planning van het medisch aanbod. De planningscommissie gaf in haar advies van juni 2009 en van mei 2010 ook al te kennen dat een planning van het aanbod noodzakelijk blijft. Tijdens de hoorzittingen die we gehouden hebben, bleek dat alle aanwezige experts, dus zowel de beroepsvereniging Axxon als de Vlaamse en de Franstalige onderwijsinstellingen, alsook de voltallige werkgroep kinesitherapie van de planningscommissie, dat standpunt steunden.

Na de hoorzittingen kon worden geconcludeerd dat de planning van het aanbod aan kinesitherapeuten enkel op een behoorlijke manier kan gebeuren indien men in het bezit is van een behoorlijk kadaster, een kadaster waarin is opgenomen hoeveel kinesisten op welke locatie werken. Alleen zo is het mogelijk om een duidelijk en gedetailleerd beeld te krijgen van het huidige aanbod aan kinesitherapeuten. Het volstaat dan om de behoefte te kennen aan kinesitherapeuten in de verschillende deelgebieden, om met het actueel aanbod een gerichte en gecontroleerde instroom te bepalen.

Het kadaster voor kinesitherapeuten is al enkele jaren in de maak. Ik zou bijna durven zeggen: het blijft in de maak.

Daarnaast werden er vorig jaar voor de eerste keer examens gehouden voor het Franstalig landsgedeelte,

omdat de quota daar werden overschreden. De resultaten werden niet vrijgegeven.

In weerwil van al die goede raad, heeft de regering eind december 2010 toch gemeend te moeten beslissen om de voorlopige RIZIV-nummers met zes maanden te verlengen. Toen werd gezegd dat de beroepsprocedure voor de rechtbank afgewacht zou worden alvorens een definitieve beslissing te nemen.

Mevrouw de minister, ik heb daarover enkele vragen.

Wat hebt u sedert december 2010, dus na de hoorzittingen, ondernomen om de afwerking van dat kadaster te bespoedigen?

Wanneer denkt u dat het kadaster voor kinesitherapeuten klaar zal zijn?

De planningscommissie adviseert unaniem, tot dat subquota worden ingesteld op basis van een verbeterd kadaster, dat de quota behouden blijven. Zult u dat unaniem advies opvolgen?

Wat zal er gebeuren met de voorlopige RIZIV-nummers die verlengd werden tot juni 2011?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, kinesitherapeuten die als zelfstandige aan de slag willen, moeten nu, na afloop van hun studies, een examen afleggen. Dat examen wordt echter maar ingericht indien het aantal kandidaten hoger ligt dan het bij KB van juni 2005 vastgelegde quotum. Evenwel, de jonge kinesitherapeuten krijgen na afloop van hun studies een voorlopig RIZIV-nummer waarmee zij als zelfstandige aan de slag kunnen en dit tot aan de bekendmaking van de examenresultaten.

Ik heb dat examen altijd ongeschikt en onrechtvaardig gevonden. Het regeringsprogramma beoogt trouwens de opheffing ervan. Bijgevolg heb ik vanaf 2008 de planningscommissie daarover om advies gevraagd. Ingevolge haar advies, dat in het bijzonder vaststelde dat een belangrijk aantal jonge zelfstandige kinesitherapeuten het beroep verlaat, heb ik de quota twee keer verhoogd waardoor in 2008 en 2009, zowel voor de Vlaamse als de Franse Gemeenschap, geen examens werden ingericht. Daarnaast stelde ik in 2010 voor om dat examen af te schaffen, maar de val van de regering maakte dat wij dit project niet konden afronden.

Gelet op het aantal gediplomeerde kinesitherapeuten in de Franse Gemeenschap in 2010 moest het examen in oktober jongstleden worden ingericht. Omdat er parlementaire initiatieven liepen om te proberen dat examen af te schaffen of op te schorten, nam de regering in december jongstleden het initiatief om de bekendmaking van de resultaten uit te stellen en om de voorlopige RIZIV-nummers tot 13 juni 2011 te verlengen.

Het is nuttig om eraan te herinneren dat de cijfers die de evolutie tussen 2000 en 2008 van de kinesitherapeutenpopulatie analyseren, een daling tonen van 0,37 % van het aantal actieve kinesitherapeuten en van 0,59 % van het aantal voltijdse equivalenten.

Ook kan worden vastgesteld dat 27,5 % van de kinesitherapeuten buiten de gezondheidszorg werkt en dat 6 % van de praktiserende kinesitherapeuten buiten de verplichte ziekteverzekering actief is.

Tegelijk heb ik de planningscommissie opnieuw om advies gevraagd. Zij suggereert om het examen af te schaffen. Zij stelt voor om in overleg met de Gemeenschappen de onderquota volgens de activiteitssector vast te leggen en op basis daarvan tijdens de studies kinesitherapie een verplichte oriëntatieproef in te richten.

Ik heb beide gemeenschapsministers een brief in voornoemde zin geschreven, opdat zij over voormeld voorstel zouden nadenken. De komende dagen is een vergadering met beide gemeenschapskabinetten gepland.

Ik ben van plan om op basis van het resultaat van bedoeld overleg en van het nieuwe advies van de planningscommissie, dat ik binnenkort zou moeten ontvangen, de problematiek van het examen in kwestie opnieuw bij mijn regeringscollega's aan te kaarten.

03.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag over het kadaster.

In feite kunnen nu echt in overleg met de Gemeenschappen subquota's worden gemaakt.

03.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Wij hebben geen problemen met het kadaster.

03.05 **Manu Beuselinck** (N-VA): Is het kadaster klaar, zoals door de beroepsorganisaties is gevraagd?

03.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Ja.

03.07 **Manu Beuselinck** (N-VA): Dat is alvast heel goed nieuws.

03.08 Minister **Laurette Onkelinx**: Wij hebben een kadaster. Wij moeten echter nog de gegevens met de RIZIV-gegevens naast mekaar bekijken. Wij hebben echter wel een kadaster.

Il y a une volonté manifeste de supprimer cet examen. Mais comme le dit la commission de planification, il faut que la suppression de cet examen ait lieu en même temps que l'organisation de sous-quotas par les Communautés. C'est la raison pour laquelle j'examine la question avec ces dernières afin de définir la façon de le faire.

03.09 **Manu Beuselinck** (N-VA): Die adviescommissie of planningscommissie heeft inderdaad een nieuw besluit genomen. Dat is hetzelfde besluit dat er al was en waarbij, ten eerste, het uitgangsexamen moet worden afgeschaft. Iedereen gaat daarmee akkoord. Ten tweede moet er wel werk worden gemaakt van een planning van het aanbod.

Blijkbaar bent u daarmee bezig, maar er zal sowieso altijd een overgangperiode zijn. U kunt nu beginnen instellen hoeveel er naar welk niveau mogen, maar ondertussen hebben wij wel een periode...

03.10 Minister **Laurette Onkelinx**: Dat is uw vraag maar de regering heeft nog niet beslist.

03.11 **Manu Beuselinck** (N-VA): Ik zal die vraag dan later nog eens stellen. Ik hoop in elk geval dat de regering niet beslist om zomaar het examen af te schaffen, zonder dat de huidige quota behouden blijven.

De **voorzitter**: Hoop doet leven.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de therapeutische benadering om te stoppen met roken"** (nr. 4876)

04 **Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale, sur "l'approche thérapeutique du sevrage tabagique"** (n° 4876)

04.01 **Rita De Bont** (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dat er een verband bestaat tussen roken en verschillende pathologieën wordt door niemand ontkend. De vraag is welke maatregelen de overheid kan en moet nemen om het roken zoveel mogelijk te beperken.

Een van de maatregelen die worden genoemd in het Kankerplan is de RIZIV-tegemoetkoming bij de therapeutische hulp om te stoppen met roken. Vandaag nog staat in de Gazet van Antwerpen dat dit een groot succes is. Meer en meer mensen doen dus beroep op tabacologen om hen te helpen stoppen met roken.

Roken heeft ook een nadelige invloed op het parodontium. In verband daarmee verwijzen tandartsen die bij rokers implantaten aanbevelen deze patiënten vaak naar een sofroloog. Sofrologen maken gebruik van de dynamische relaxatie van Caycedo, een methode die bijzonder interessant is omdat ze niet alleen toelaat de patiënten in groep te behandelen, maar ook technieken voor relaxatie, ademhaling en mentale concentratie aanbiedt om de leegte op te vullen die achterblijft na het opgeven van de sigaret.

De groepsbegeleiding gebeurt meestal in vijf sessies in kleine groepjes van een vijftal personen. Aan het einde van deze vijf sessies worden nog eens twee sessies om de veertien dagen voorgesteld. De patiënten blijven dus geruime tijd in observatie. Men zou met deze methode om het roken af te leren een vrij goed resultaat bekomen, in tegenstelling tot sommige andere methodes die in Nederland worden toegepast.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen. Wordt ook bij ons gebruikgemaakt van deze methode? Is er in een tussenkomst door het RIZIV voorzien voor de toepassing van de dynamische relaxatie van Caycedo om het roken af te leren? Indien ja, voor hoeveel sessies wordt dan een tussenkomst voorzien? Wat is het resultaat dat men hiermee bij ons boekt? Indien neen, waarom wordt deze methode niet erkend? Overweegt men een erkenning in de toekomst?

Zijn er vergelijkende studies om de resultaten die bekomen worden door verschillende methodes met elkaar te vergelijken? Als dat het geval is, waar kan men deze studies terugvinden? Als dat niet het geval is, bent u niet van mening dat het nuttig zou zijn om een vergelijkende studie te maken over het resultaat van de door het RIZIV gesubsidieerde methodes om het roken af te leren?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, de doeltreffendheid van rookstopbegeleiding is al jaren internationaal aanvaard. Voorafgaand aan de invoering van de maatregel tot terugbetaling van raadplegingen voor hulp bij tabaksontwenning werd wetenschappelijk onderzoek rond behandelingen voor rookstop uitgevoerd.

Ik verwijs hierbij naar het rapport "Effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen voor rookstop", gepubliceerd in 2004 door het Federaal Kenniscentrum.

Dit rapport geeft aan dat binnen de niet-farmacologische therapieën kan worden gesteld dat verschillende soorten niet-farmacologische therapieën de rookstop doeltreffend ondersteunen, met name zelfhulptherapieën op maat en meer specifiek de gespecialiseerde computerprogramma's, adviesverlening door een professionele hulpverlener, psychologische ondersteuning, individueel of in groep en ook telefonisch.

In het rapport staat ook dat er onvoldoende bewijs bestaat dat gedragstherapieën bestaande uit aversief roken en oefentherapieën rokers helpen bij rookstop, dat hypnotherapie niet bijdraagt tot psychologische ondersteuning – het waargenomen effect is toe te schrijven aan het contact met de therapeut – en dat het effect van acupunctuur niet is bewezen.

In het KCO-rapport wordt geen melding gemaakt van de dynamische relaxatie van Caycedo. Indien het om een vorm van gedragstherapie gaat, blijkt dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor bestaat.

Sinds de invoering van de tegemoetkoming van rookstop sinds 1 oktober 2009 wordt in toenemende mate door tabacologen en artsen gebruikgemaakt van de mogelijkheden van rookstopondersteuning waarbij van elk rookstopcontact in het individueel dossier van de betrokken patiënt een verslag wordt bijgehouden.

04.03 **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor de informatie. Ik zal deze studie zeker raadplegen, ik vind het heel interessant. Ik wil echter toch vragen of er continuïteit is in de opvolging want de tijd evolueert en er komen nieuwe gegevens en methodes bij. Natuurlijk moeten we bekijken in welke mate patiënten die momenteel een of andere methode hebben toegepast daarmee geholpen zijn. Die gegevens worden bijgehouden. Op een gegeven moment zal er toch een vergelijking moeten kunnen worden gemaakt tussen de verschillende methodes. Ik zal de studie zeker doornemen.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 4888 en 4889 van mevrouw Burgeon worden op haar verzoek uitgesteld.

05 **Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "homeopathie" (nr. 4896)**

05 **Question de M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'homéopathie" (n° 4896)**

05.01 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, gisteren heeft het KCE een

studie gepubliceerd over homeopathie in België. In verband met de werkzaamheid van homeopathie werd duidelijk geconcludeerd dat, indien er al een effect is, het een placebo-effect blijkt te zijn.

Wanneer mensen hun toevlucht zoeken tot alternatieve behandelingswijzen dan is dat hun zaak. Alleen is het vaak zo dat mensen met homeopathie beginnen omdat zij op zoek gaan naar een natuurlijke behandelingswijze. Het grote risico is dat mensen die kiezen voor homeopathie tegelijk verzaken aan een misschien wel noodzakelijke klassieke geneeskundige behandeling voor een onderliggende pathologie. Wij stellen vast dat 20 % van de homeopaten geen enkele opleiding heeft gekregen in de medische of paramedische sector. Dat roept bij mij vragen op.

Op welke manier zal de minister bij de uitvoering van de wet-Colla rekening houden met het beheersen van zulke risico's en de maatschappelijke kost die is verbonden aan homeopathie, in het bijzonder het risico dat men loopt door te verzaken aan een noodzakelijke klassieke medische behandeling?

Voorziet de minister, bij uitvoering van de wet-Colla, in het kader van de patiëntveiligheid in bijkomende maatregelen wat betreft artikel 9, § 2, van de vastgelegde wet?

Zal na uitvoering van de wet-Colla uitoefening van homeopathie uitsluitend voorbehouden blijven voor artsen?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, het verslag van de KCE is heel interessant.

Ik herinner eraan dat het KCE op mijn vraag een onderzoek heeft gedaan naar de in de wet van april 1999 bedoelde vier niet-conventionele praktijken. De conclusies van deze rapporten bevestigen dat het een juiste stap was. Zij tonen aan dat de vier niet-conventionele praktijken niet noodzakelijk op dezelfde voet mogen worden gesteld, in tegenstelling tot wat de wet van 1999 doet.

Ondertussen veroordeelde de rechtbank van eerste aanleg van Brussel in januari 2010 de federale overheid tot het instellen van de in de wet van april 1999 bedoelde paritaire commissie. De Staat is tegen dit vonnis in beroep gegaan, maar omdat het bij voorraad uitvoerbaar is en er in een dwangsom is voorzien, heb ik er uiteraard met mijn administratie werk van gemaakt om dit vonnis uit te voeren, ondanks de lopende zaken.

De wet van 1999 wil de zogenoemde niet-conventionele praktijken omkaderen, voornamelijk door de nadere praktijkregels ervan vast te leggen en de praktijkbeoefenaars individueel te registreren. De wet geeft de Koning ter zake belangrijke delegaties, maar voorziet tegelijk in de oprichting van verschillende adviesorganen zoals de kamers en de paritaire commissies, om de uitvoerende macht bij te staan om deze beroepen adequaat te omkaderen. Ten slotte zullen de meeste besluiten maar van kracht kunnen worden nadat het Parlement ze binnen de zes maanden na hun verschijning in het Belgisch Staatsblad heeft bekrachtigd.

De uitvoering van de wet vereiste al een bekrachtigingswet van een koninklijk besluit van april 2010 houdende erkenning van de beroepsverenigingen van de niet-conventionele praktijken. Deze verenigingen en de universiteiten hebben mij uiteindelijk de lijsten kunnen bezorgen van de kandidaten die in de verschillende wettelijk bepaalde adviesorganen zullen zetelen. Zelfs al zijn sommige volgens het huidige schema nog ontoereikend, dan zouden de kamers tegen juli en de commissie in oktober of november moeten kunnen samengesteld worden.

Met betrekking nu tot artikel 9 van de wet bepaalt paragraaf 2 dat elke beoefenaar van een niet-conventionele praktijk die niet tevens dokter in de geneeskunde is, voor zijn patiënt over een door een arts recent opgestelde schriftelijke diagnose moet beschikken. De patiënt kan desgewenst aan die waarborg verzaken, maar hij moet dat dan ook schriftelijk bevestigen. Paragraaf 3 bepaalt overigens dat de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk alle voorzorgen moet nemen om te vermijden dat zijn patiënt van een conventionele behandeling zou verstoken zijn.

De verschillende rapporten van het KCE stellen echter de vraag of deze waarborgen voor de patiënt voldoende en geschikt zijn. Deze vraag, net als die over een eventuele beperking van de homeopathische praktijk tot enkel de geneesheren, is natuurlijk van het grootste belang en valt buiten het kader van de lopende zaken. De volgende regering zal, na overleg met de betrokken actoren, de knoop moeten doorhakken.

05.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord. Ik meen dat wij daar achter kunnen staan.

Artikel 9, § 2, bepaalt inderdaad dat er een diagnose moet zijn van een arts. De patiënt kan daar echter gemakkelijk aan verzaken en als hij dan bij een homeopaat gaat die geen arts is en hij vraagt om een papiertje te ondertekenen, dan is de stap voor de patiënt natuurlijk heel klein om zo'n papier te ondertekenen. Dat doet mij vrezen dat de eventueel onderliggende pathologie daardoor niet naar boven komt omdat deze beoefenaar van homeopathie geen opleiding heeft tot arts of geneesheer. Dat geeft bij de patiënt natuurlijk een vals gevoel van veiligheid dat ik zeer gevaarlijk vind.

Ik hoor echter dat u daarmee bezig bent en dat daarover in de toekomst wellicht nog zal worden gedebatteerd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Ik heb net vernomen dat mevrouw Lanjri heeft gevraagd om haar vraag nr. 4877 om te zetten in een schriftelijke vraag.

06 **Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport de l'INAMI sur la géographie de la consommation médicale" (n° 4900)**

06 **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het RIZIV-verslag over de geografische variaties in de uitgaven van de sector geneeskundige verzorging" (nr. 4900)**

06.01 **Damien Thiéry** (MR): Monsieur le président, madame la ministre, un récent rapport de l'INAMI démontre que les dépenses moyennes en soins de santé sont plus importantes en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. En clair, en 2009, un patient flamand aura coûté 2 113 euros, un patient wallon 2 085 euros et un patient bruxellois 1 999 euros.

Ces données nécessitent probablement un approfondissement mais, selon moi, cela démontre deux choses. D'une part, il faut relativiser les transferts Nord-Sud en matière de soins de santé et d'autre part, et cela fait longtemps que je le dis, le vieillissement de la population s'affirme plus au Nord du pays, comme l'a relevé le Conseil supérieur des Finances dans une étude de mars 2007.

Ceci devrait nous encourager, comme d'autres pays l'ont fait, à réfléchir de manière structurelle à cette donnée démographique en termes de sécurité sociale conçue de manière globale, et non pas de manière conjoncturelle, comme en témoigne l'instauration d'une assurance autonomie en Flandre dès 1999. Il aurait été en effet préférable de penser à ce type de régime dans un cadre fédéral.

Madame la ministre, ce rapport a-t-il déjà un caractère public?

Quels enseignements peut-on tirer des causes de cette évolution au Nord du pays?

Quels peuvent être les axes de réflexion pour permettre une rationalisation des dépenses et pour revenir vers une assurance dépendance au niveau fédéral plutôt qu'au niveau régional, telle qu'elle a été instaurée en Flandre précédemment?

06.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, cher collègue, le rapport a été rendu public et se trouve sur le site de l'INAMI.

Il convient de se rendre compte que la consommation médicale est un phénomène complexe, influencé par une multitude de facteurs. D'ailleurs, la littérature internationale signale des caractéristiques liées à la personne, à la famille, à l'environnement, qui sont utilisées pour expliquer la consommation des soins médicaux: l'âge, le sexe, le statut social, la situation familiale, les revenus, le niveau d'éducation, le style de vie, l'environnement, l'offre médicale, les différences régionales...

Ainsi, les dépenses totales sont toujours déterminées par de multiples facteurs pour lesquels nous ne disposons dans la majorité des cas d'aucune information utilisable. Seuls l'âge, le sexe, le statut social ont été repris comme facteurs de standardisation.

Vous mettez en évidence la dépense globale pour chaque Région. Or la dépense globale peut être décomposée en différents types de dépenses: ambulatoires, hôpital, institution psychiatrique, rééducation, maison de repos, maximum à facturer, etc. Les comportements régionaux diffèrent selon le type de dépenses.

Ainsi, par exemple, s'il est exact qu'après standardisation en fonction des critères évoqués, un patient flamand consomme proportionnellement plus qu'un patient wallon et bruxellois – ce n'est pas nouveau –, des nuances doivent être apportées selon le type de soins. En effet, ce phénomène est surtout marqué en matière de soins psychiatriques, de soins aux personnes âgées et de soins ambulatoires.

Une partie des différences au niveau du type de dépenses peut s'expliquer par différents facteurs. Certaines études montrent que des personnes avec un revenu élevé font plus vite appel aux soins préventifs et évitent l'hospitalisation, tandis que les plus faibles revenus se rendent plus vite à l'hôpital plutôt que d'avoir recours aux soins ambulatoires.

En ce qui concerne les pistes de réflexion liées aux défis découlant du vieillissement de notre population, à titre personnel, je suis favorable à l'instauration d'une assurance autonomie fédérale; je répète: à titre personnel. Néanmoins, je dois à la vérité de dire qu'il n'existe actuellement pas de consensus politique à ce sujet. Dans le cadre de mes compétences en matière de soins de santé et de santé publique, j'ai toujours été attentive à toute initiative permettant d'aider à la prise en charge des soins nécessaires à maintenir au maximum l'autonomie de la personne âgée.

Je pense notamment au MAF, au dossier médical global, aux statuts BIM et OMNIO ou encore aux accords négociés en conférence interministérielle pour promouvoir des formes alternatives à l'hébergement en maison de repos et de soins.

06.03 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponses très claire.

Si je comprends bien, il y a lieu de faire la nuance entre différents types de soins et plus spécifiquement, en ce qui concerne au Nord du pays la psychiatrie, la gériatrie et les frais ambulatoires. C'est intéressant car en définitive, on se rend compte qu'en fonction de l'approche démographique, la population vieillissante risque de coûter de plus en plus cher.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: Le comité de vieillissement a analysé les courbes de croissance du coût des pensions et des soins de santé en termes de pourcentage du PIB dû au vieillissement de la population. Je n'ai pas les chiffres sous la main mais je crois qu'entre 2009 et 2015, cela représente environ 1,2 % de croissance des soins de santé. Mais cela va croissant; l'étude va jusqu'en 2060.

06.05 Damien Thiéry (MR): Le vieillissement est manifestement plus marqué en Flandre. Cela signifie qu'il faut arrêter de dire qu'il y a encore des transferts Nord-Sud dans le cadre des soins de santé. Je le dis pour tout le monde.

Par ailleurs, j'ai bien compris que vous étiez plutôt favorable à une approche plus fédérale et je suis très content de l'entendre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 11.22 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 11.22 uur.