

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 22 JANUARI 2008

MARDI 22 JANVIER 2008

Namiddag

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.17 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de preventieve behandeling tegen bronchiolitis" (nr. 1292)

01.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): De preventieve behandeling van bronchiolitis, een ziekte die vaak premature baby's treft, wordt slechts terugbetaald voor endotracheaal beamende baby's. Het gevolg is dat 40 procent van de risicobaby's hier geen beroep op kan doen. Baby's die via een continue positieve nasale druk worden behandeld, hebben geen recht op terugbetaling, al gaat het om een efficiënte vorm van behandeling, die bovendien heel wat minder evasief is. Dit leidt tot de absurde situatie dat een tweeling die op een verschillende manier wordt behandeld, meteen ook een verschillende prijsbehandeling krijgt.

België is het enige land dat de gebruikte beademingstechniek als terugbetalingscriterium hanteert. Overweegt de minister dit te herzien, zodat alle risicobaby's behandeld kunnen worden?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De laatste jaren is het gebruik van continue positieve nasale druk als ademhalingsondersteuning stelselmatig toegenomen. Deze techniek biedt een aantal voordelen bij de behandeling van aandoeningen met ademhalingsmoeilijkheden bij zeer jonge kinderen, aldus de Belgische Vereniging voor Neonatologie. De technisch-geneeskundige raad van het Riziv werkt momenteel een voorstel uit om deze techniek terug te betalen bij pasgeborenen in een dienst voor intensieve neonatologie en bij pasgeborenen in een ziekenhuis met een functie voor lokale neonatale zorg.

De terugbetaling van Synagis voor prematuur geboren baby's van 28 tot 32 weken zwangerschapsleeftijd vermeldt inderdaad één beademingstechniek. Deze baby's mogen bovendien niet ouder zijn dan zes maanden bij het begin van de RSV-bronchiolitis. Voor premature baby's van minder dan 28 weken geldt geen beperking van de terugbetaling.

Oorspronkelijk werd dit geneesmiddel terugbetaald volgens artikel 56 van de conventie, dat geen melding maakte van de beademingstechniek. Sinds 1 oktober 2006 is hoofdstuk 4 van toepassing, dat wel de beperking van één beademingstechniek bij één segment van vroeggeborenen hanteert. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) heeft zich daarvoor gebaseerd op een advies van een werkgroep ad hoc. Deze keuze leidde tot een geraamde daling van het jaarlijkse Synagis-budget van 3 miljoen euro naar 2,1 miljoen euro.

Als we deze beperking afschaffen, zal dit leiden tot een nieuwe budgettaire raming van Synagis-uitgaven. De opportuniteit hiervan en de budgettaire implicaties zullen in een nieuwe werkgroep worden besproken.

In mei 2006 werd de impact van de beperkingen geraamd op 900.000 euro. Het verruimen van de

terugbetalingsvoorwaarden moet daarom gepaard gaan met een prijsdaling.

01.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): De minister spitst zich in haar antwoord toe op de budgettaire gevolgen van een uitgebreide terugbetaling van de preventieve behandeling van bronchiolitis. Ze mag echter de effecten op lange termijn van deze preventieve behandelingen niet uit het oog verliezen.

01.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): In de werkgroep zal er rekening gehouden worden met de budgettaire aspecten, evenals met de criteria inzake volksgezondheid.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychosociale zorg in het ziekenhuis" (nr. 1293)

02.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Er werd naar mijn weten nog bijna geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effecten van een goed uitgebouwde dienst voor psychosociale zorg in een algemeen ziekenhuis. De reglementering op dit vlak is vaag: er worden geen duidelijke normen vooropgesteld.

Zou het niet zinvol zijn om de resultaten te meten die ziekenhuizen met een goed uitgebouwde dienst voor psychosociale en maatschappelijke opvolging behalen? Om te meten wat het effect is op onder meer de therapietrouw, de recidive en de trajectbegeleiding binnen het ziekenhuis? Is de minister bereid om dit wetenschappelijke onderzoek op te starten of om hiervoor een platform op te richten? Bestaat er een registratie van het aantal psychologen en maatschappelijk assistenten die verantwoordelijk zijn voor deze sociale diensten? Speelt de maatschappelijk assistent een rol in de patiëntenbegeleiding?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Een onderzoek naar het psychosociaal beleid van de ziekenhuizen is inderdaad nodig.

Met verschillende bepalingen wordt gestreefd naar een multidisciplinaire aanpak, en het is dus ook de bedoeling rekening te houden met de psychosociale aspecten. Voor een evaluatie moet men op het terrein evenwel al terdege ingereeden zijn.

De registratie van de maatschappelijk werkers en psychologen gebeurt onder meer via de jaarlijkse statistieken van de ziekenhuizen. In de financiële en statistische gegevens die de boekhouding en de diensten voor het beheer van de ziekenhuizen verzamelen, zit ook het aantal psychologen vervat.

Ten slotte ben ik het ermee eens dat een beleid gaandeweg en in overleg met de sector tot stand moet komen, dit is trouwens het geval voor het pilotproject voor borstkankerpatiënten.

02.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Voor pediatrie, geriatrie en oncologie zijn er inderdaad reeds voorwaarden bepaald, maar er is nood aan een meer algemene trajectbegeleiding en een goede psychosociale begeleiding. Dat is essentieel voor een goede therapieopvolging. In Frankrijk bestaat bijvoorbeeld een systeem waarbij er resultaten kunnen worden bekomen over verschillende departementen heen. Zo worden welzijn en volksgezondheid met elkaar verweven.

02.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Die benadering wordt momenteel al toegepast, zij het dan op een versnipperde manier. Men mag het paard niet achter de wagen spannen. Ik stel voor dat we na de evaluatie een algemene aanpak inzake psychosociale ondersteuning trachten te ontwikkelen, met name in onze ziekenhuizen.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het meldpunt voor bijwerkingen van geneesmiddelen" (nr. 1381)

03.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): In november 2006 startte Test-Aankoop met een meldpunt waar mensen terechtkunnen met klachten over bijwerkingen van geneesmiddelen. In april 2007 werd afgesproken

dat het Federale Geneesmiddelenagentschap de door Test-Aankoop doorgestuurde klachten zou behandelen. Eerst werd echter advies gevraagd aan de Privacycommissie. Is de minister bereid om aan te dringen op een snel advies?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Het doel van het akkoord was vooral de informatie die door Test-Aankoop werd verzameld door te spelen aan het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking. Het is om te beginnen noodzakelijk dat de patiënt die een ongewenst effect meldt, correct kan worden geïdentificeerd. Verder moeten de persoonlijke medische gegevens het schriftelijke akkoord van de rapporteur krijgen. Op 12 november 2007 heeft het Geneesmiddelenagentschap een advies gevraagd aan de Privacycommissie. Die zal zich binnenkort uitspreken over deze kwestie.

Het incident is gesloten.

04 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Bart Laeremans** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de noodzaak van een MUG-dienst te Halle" (nr. 1395)

- de heer **Michel Doomst** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het oprichten van een MUG-dienst te Halle" (nr. 1399)

04.01 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): De provincieraad van Vlaams-Brabant zou de minister hebben aangeschreven betreffende de noodzakelijke omzetting van het huidige paramedische interventieteam naar een volwaardige MUG-dienst in Halle. De lokale ziekenhuisdirecteur zegt echter dat hiervoor een apart KB noodzakelijk is, omdat anders het maximale aantal MUG-diensten in ons land zou worden overschreden.

Heeft de minister de aanvraag ontvangen? Wanneer start het overleg met het betrokken ziekenhuis en met de provincie en de Vlaamse overheid? Binnen welke termijn kan het KB worden uitgevaardigd en gepubliceerd?

04.02 **Michel Doomst** (CD&V - N-VA): Momenteel kampt Halle bij noodgevallen met onaanvaardbaar lange aanrijtijden van de ambulancediensten. Er is dus dringend nood aan een MUG-dienst. Het ziekenhuis is vragende partij, maar wettelijk is er voorlopig niets mogelijk. Het initiatief ligt dus bij de minister. Hoe ver staat het met de evaluatie van het huidige paramedische interventieteam in Halle? Zijn er reeds aanzetten gegeven om het overleg op te starten? Wat is het standpunt van de minister? Welke maatregelen zullen worden genomen om in Vlaams-Brabant tot een eenheid van dispatching te komen?

04.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De MUG-functies in ons land werden toegekend aan de ziekenhuizen die dat hadden aangevraagd. Het ziekenhuis van Halle was toen geen kandidaat voor de functie. Minister Demotte heeft tien experimenten opgestart met als doel te evalueren of een team bestaande uit een ambulancier en een verpleger bij veel voorkomende situaties niet zou volstaan. Dit zijn de zogenaamde PIT-projecten (paramedische interventieteams).

Met zo een team wilde men in Halle waarborgen bieden voor een dienstverlening in het Nederlands. Het project in Halle kan rekenen op een uitzonderlijke financiering, vergelijkbaar met de middelen die worden toegekend voor een volwaardige MUG. Ik wijs erop dat het ziekenhuis van Halle het enige is in ons land dat dit statuut geniet.

Ik heb tot op vandaag nog geen brief ontvangen van de provincie Vlaams-Brabant. Evenmin heeft mij een officiële aanvraag bereikt van het ziekenhuis van Halle om een MUG-dienst op te richten. Ik plan binnenkort een ontmoeting met alle betrokken partijen, zodat ik kan nagaan of het ziekenhuis bereid is om aan alle criteria te voldoen voor de oprichting van een MUG. Op het vlak van de verplichte omkadering bijvoorbeeld heeft in het verleden het schoentje al eens genepen.

Om zeker te zijn dat een MUG in Halle absoluut nodig is, ben ik van plan zoveel mogelijk informatie te verzamelen en advies in te winnen. Zo stuur ik aan op een advies vanwege de provinciale commissie Dringende Medische Hulpverlening. In dit dossier werd dat orgaan nogal eens over het hoofd gezien. Ik ben ervan overtuigd dat volledige statistische gegevens de noodzaak van een MUG in Halle kunnen aantonen. Indien uit de informatie blijkt dat een MUG in Halle aan een concrete noodzaak beantwoordt, dan kan de invoering ervan wel degelijk overwogen worden, inclusief een identieke financiering als voor de andere

MUG's. In dat geval is er eerst nog advies nodig van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en moet het KB dat het programmatiecriterium wijzigt, voorgelegd worden aan de Ministerraad en aan de Raad van State.

Het rapport over het eerste werkingsjaar van het PIT-experiment werd onder alle betrokken partijen die daarom hadden gevraagd, verdeeld. Het rapport over het tweede jaar verschijnt in september 2008.

Het aantal klachten bij de Hygiënische Inspectiedienst over incidenten bij de dringende medische hulpverlening in deze regio vrij beperkt is. Voor een aantal dossiers dat in de pers is gekomen, werd door mijn administratie uiteindelijk een plausibele verklaring geboden. In sommige regio's moet langer dan in Halle gewacht worden op een MUG en dan komt die veelal van over de taalgrens.

Op initiatief van minister Demotte werd een aantal initiatieven in het leven geroepen voor de modernisering van de dispatching van de dringende medische dienstverlening. Dit is gebeurd in samenwerking met Binnenlandse Zaken dat bevoegd is voor de technologische aspecten van het oproepsysteem op het niveau van de 100-centrales.

Wat de *rerouting* van de oproepen naar Leuven betreft, herinner ik eraan dat in Leuven de 100-centrale en de 101-centrale ondertussen op eenzelfde locatie werden samengebracht. met het oog op het inzetten van een enkel oproepcentrum, de 112. Daarvoor is de minister van Binnenlandse Zaken verantwoordelijk. Mijn administratie heeft met Vlaams-Brabant en Brussel al contact gehad in verband met het transfereren van de oproepen.

04.04 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Eindelijk komt er schot in de zaak. Ik juich het toe dat de minister het dossier ernstig neemt en een MUG in Halle wil invoeren indien aan alle criteria wordt voldaan. Het is het taalprobleem dat voor zoveel vertraging in de hulpverlening zorgt. De MUG's uit Franstalige ziekenhuizen vinden de weg vaak niet, waardoor kostbare tijd verloren gaat.

Ik stel met verbazing vast dat de minister nog geen aanvraag kreeg, noch van de provincie, noch van het ziekenhuis. Op de regionale tv-zender liet men daarover nochtans weinig onduidelijkheid bestaan.

Ik hoop dat alle partijen in dit dossier eindelijk eens aan één zeel trekken, zodat Halle zo snel mogelijk de MUG krijgt waarop de streek recht heeft.

04.05 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Ook ik stel vast dat we eindelijk op de goede weg zitten. Ik betreur dat de provincie nog niet heeft gereageerd. Ik ben er nog maar zes maanden weg en alles loopt er plots zoveel trager.

Het ziekenhuis moet nu zo snel mogelijk een goed onderbouwde aanvraag indienen, zodat de wantoestanden met de dringende medische hulpverlening in de streek eindelijk tot het verleden behoren.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opkoop van klinische labs door buitenlandse commerciële groepen" (nr. 1425)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Naar verluidt zouden meer en meer buitenlandse commerciële organisaties belangstelling tonen om Belgische klinische laboratoria op te kopen. Tot vier jaar geleden moesten die laboratoria in handen zijn van daar werkende klinische biologen. Na een klacht bij de Europese instanties werd door de vorige regering vastgelegd dat eenieder eigenaar van een klinisch laboratorium kon zijn. Buitenlandse investeerders hebben dit ontdekt, zodat er meer en meer vragen om informatie worden gesteld.

Wat is de reactie van de minister op deze evolutie? Overweegt zij een verplichting voor ieder klinisch

laboratorium om een college van artsen en apothekers op te richten om aan kwaliteitsbewaking te doen?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De afdeling Klinische Biologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) krijgt inderdaad via de commerciële diensten van de ambassades vragen van buitenlandse investeerders om te investeren in klinische laboratoria in België. Die interesse is het gevolg van de wijzigingen van de uitbatingsvoorwaarden voor klinische laboratoria door de wet van 2005 en het KB 143. Die wetswijziging kwam er na een klacht bij de Europese Commissie, waarna België werd verplicht de klinische laboratoria open te stellen voor andere personen en/of rechtspersonen.

De wet van 2005 bepaalt echter dat een schriftelijke overeenkomst moet worden afgesloten tussen de uitbater en elke verstrekker in het laboratorium. Die overeenkomst moet bovendien door de commissie voor klinische biologie worden goedgekeurd. Dit beoogt vooral de professionele onafhankelijkheid van de verstrekkers te waarborgen. Ik ben bereid om een voorstel van die commissie tot het verplicht instellen van een college van biologen in de privélaboratoria op te nemen in het KB 143, wat een bijkomende garantie zou bieden.

05.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Wanneer wordt het KB aangepast?

05.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Binnenkort, maar ik heb geen exacte timing.

Het incident is gesloten.

06 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het euthanasiebeleid van de rusthuizen" (nr. 1461)**

06.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Uit het onderzoek van het Centrum voor Biomedische Ethiek van de KU Leuven over het euthanasiebeleid blijkt dat slechts 15 procent van de Vlaamse RVT's een euthanasiebeleid heeft. Van de 92 rustoorden met een euthanasiebeleid weigeren zeven christelijke instellingen euthanasie aan wilsbekwame, terminale patiënten. De meeste rustoorden die euthanasie toestaan, leggen door de toepassing van de zogenaamde palliatieve filter bovendien strengere voorwaarden op dan de wet vereist. Ten slotte wees het onderzoek op een totaal gebrek aan informatie ten aanzien van de buitenwereld, de bewoners, de familie en de huisartsen van de bewoners.

Acht de minister het wenselijk dat de RVT's een euthanasiebeleid ontwikkelen en informatie daarover meedelen aan de bewoners en hun artsen? Zijn strengere voorwaarden dan de wettelijke aanvaardbaar? Overweegt de minister maatregelen te nemen om de RVT's te wijzen op hun plicht?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Het zou nuttig zijn dat de RVT's naast een beleid inzake palliatieve zorgen ook een euthanasiebeleid zouden ontwikkelen en de patiënten daarover zouden informeren bij hun opname. Uiteraard moet de euthanasiewet van mei 2002 worden gerespecteerd.

Het ontbreken van een echt euthanasiebeleid is wellicht te wijten aan een gebrekkige kennis van de wet. We zouden een ruime informatiecampagne voor artsen, patiënten en instellingen kunnen plannen. Ik vraag aan de administratie om dit aspect in de RVT-enquête op te nemen. Van zodra de gegevens bekend zijn, zal de noodzaak aan bijkomende maatregelen worden geëvalueerd.

06.03 **Maggie De Block** (Open Vld): We delen dezelfde bekommernis. De wet is er, maar moet correct worden toegepast. De wet is te weinig bekend, ook al zijn er genoeg sprekers beschikbaar. Dit onderwerp blijft taboe. Er zijn immers veel aangename zaken voor een avondje uit.

Het incident is gesloten.

07 **Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oprichting van de stichting Happy Body" (nr. 1493)**

07.01 Jean-Luc Crucke (MR): De stichting Happy Body, een initiatief van het BOIC, de vzw NUBEL en FEVIA, trekt ten strijde tegen de stigmatisering van personen die als obees zouden kunnen worden beschouwd. De initiatiefnemers willen hun campagne laten aansluiten op het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan en zo aanspraak maken op een budget van twee miljoen euro.

Bent u op de hoogte van dat initiatief? Kan men ervan uitgaan dat het deel uitmaakt van voornoemd plan? Ondersteunt uw ministerie dat initiatief? Is er reeds contact, samenwerking of overleg geweest?

07.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Men heeft me geïnformeerd over de oprichting en de doelstellingen van die stichting.

De stichting wil bij het grote publiek een verandering in de levensstijl en de opvattingen met betrekking tot obesitas en overgewicht teweegbrengen. Daarmee sluit de stichting aan bij de bestaande plannen waaronder het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan. Happy Body is een publiek-privé partnerschap dat een gezonde, evenwichtige voeding met lichamelijke activiteit verenigt. Dit initiatief gaat uit van de voedingsindustrie en staat een proactieve benadering voor die verder gaat dan de formulering van producten, etikettering of marketing, die niet volstaan om een mentaliteitsverandering te bewerkstelligen.

Ik steun dat initiatief. In het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan wordt reeds met deze drie partners samengewerkt. Een medecoördinatrice van het plan maakt deel uit van de jury die de mogelijke acties van Happy Body beoordeelt. Noch de FOD Volksgezondheid, noch het FAVV, NUBEL of het BOIC leveren een financiële bijdrage aan dit project.

07.03 Jean-Luc Crucke (MR): Uw antwoord verschaft geloofwaardigheid aan dit project, dat mijns inziens een ernstig en degelijk imago heeft.

Het incident is gesloten.

08 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekenning van een financiële tegemoetkoming in de kosten voor fitnessabonnementen" (nr. 1494)
- mevrouw Rita De Bont aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een eventuele vergoeding door het RIZIV van kwaliteitsvolle fitness" (nr. 1502)

08.01 Jean-Luc Crucke (MR): Professoren van de VUB kwamen onlangs aanzetten met het idee dat een financiële tegemoetkoming in de kosten van fitnessabonnementen een besparing zou betekenen op geneesmiddelen die men later eventueel zou moeten nemen. Is dat de taak van de overheid? Wat denkt u van dit voorstel? Is daar ruimte voor? Zou men iedereen kunnen betalen om aan sport te doen? Zou dat denkspoor niet eerder uitgewerkt moeten worden op het niveau van diegenen die aan preventie doen, de ziekenfondsen bijvoorbeeld? Sommige ziekenfondsen doen dat al. Kan u geen rol spelen ten opzichte van die instellingen?

08.02 De voorzitter: Alle ziekenfondsen verstrekken daar een tegemoetkoming voor, maar ze doen dat niet allemaal op dezelfde manier.

08.02 Rita De Bont (Vlaams Belang): De fitnesssector bevindt zich eigenlijk in de grijze zone tussen de gemeenschapsbevoegdheden en het federale niveau. De beslissing om terugbetaling te verstrekken voor door dokters voorgeschreven fitness is echter duidelijk een federale bevoegdheid.

Op een recente studiedag aan de VUB werd uiteengezet dat dit voor doelgroepen als obesitaspatiënten en oudere patiënten kostenbesparend zou zijn en kostenefficiënter dan het terugbetalen van cholesterolremmers.

Heeft de minister weet van deze studies? Werd er reeds een kosten-batenanalyse uitgevoerd? Heeft de administratie reeds contact opgenomen met de fitnesscentra, de artsen en de patiëntenorganisaties? Acht de minister een tegemoetkoming door het RIZIV onder bepaalde voorwaarden voor bepaalde risicogroepen

mogelijk? Aan welke voorwaarden zou de minister de terugbetaling verbinden? Voor welke doelgroepen zou er terugbetaling mogelijk zijn?

08.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Sporten is inderdaad aangewezen om bepaalde ziekten te voorkomen. Dergelijke initiatieven vallen echter onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Aangezien ik voorstander ben van een herfederalisering van het preventiebeleid, vind ik er absoluut geen graten in om mij daar ooit nog mee bezig te houden.

(*Nederlands*) Het is juist dat bepaalde ziekenfondsen via hun bijkomende verzekering tussenbeide komen in de kosten voor bijdragen aan sportclubs. Dit is in overeenstemming met hun opdracht van permanente vorming.

(*Frans*) Een directe tussenkomst van de ziekteverzekering behoort niet tot de door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 gedefinieerde taken.

08.04 **Jean-Luc Crucke** (MR): U heeft de prioriteiten van de federale overheid in herinnering gebracht, waarvoor dank.

08.05 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): Dit antwoord bewijst alweer dat de bevoegdheidsversnippering een kostenefficiënt en doeltreffend beleid belemmert. Wij willen - overeenkomstig met het subsidiariteitsprincipe - het gezondheidsbeleid overhevelen naar de Gemeenschappen. Nu wordt de versnippering van bevoegdheden misbruikt om patiënten van het kastje naar de muur te sturen. De minister dient de studies opnieuw te bekijken om eventueel terug te komen op haar beslissing.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: mevrouw Yolande Avontroodt.

09 **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van Impulseo II" (nr. 1472)**

09.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): De bepalingen met betrekking tot de publicatie van het door uw voorganger uitgewerkte koninklijk besluit betreffende het Impulseo II-project ter ondersteuning van groepspraktijken in de huisartsgeneeskunde, werden niet opgenomen in het tijdensde periode van lopende zaken ingediende wetsontwerp houdende diverse bepalingen. Wijst dit op een politieke koerswijziging en zo ja, waarom? Zo niet, werd dit gewoon vergeten, of is er een technisch of begrotingsprobleem?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Het Impulseo II-project is inderdaad heel belangrijk en ik heb dit project nieuw leven ingeblazen. Het koninklijk besluit heeft omwille van technische problemen vertraging opgelopen en bevindt zich momenteel bij de Inspectie van Financiën. Het fonds blijft behouden, en we zullen het project indien mogelijk later uitbreiden.

09.03 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Dat stelt me gerust. Misschien mogen we het verwachten voor de volgende programmawet, aangekondigd voor eind maart.

Het incident is gesloten.

10 **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het KCE "Tien jaar numerus clausus: huidige situatie en toekomstige uitdagingen" (nr. 1473)**

10.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): In 2003 en 2006 al keek men vreemd op toen ik de numerus clausus en de RIZIV-quota ter discussie stelde en waarschuwde dat er wel eens een tekort zou kunnen ontstaan. Vandaag kampen de ziekenhuizen met een tekort aan specialisten in bepaalde domeinen. Ook het Kenniscentrum komt nu tot die vaststelling. Welk gevolg zal aan het advies van dat centrum worden gegeven?

Bovendien dreigen een aantal overtallige studenten (700 aan Franstalige en 500 aan Vlaamse kant) tijdens

hun studie te horen te krijgen dat zij het gekozen beroep niet zullen mogen uitoefenen, hoewel een tekort werd vastgesteld.

Hoe staat het met het door de FOD Volksgezondheid aangekondigde artsenkadaster? In welke mate verlenen de artsen hun medewerking daaraan, wat absoluut noodzakelijk is, wil dat kadaster relevant zijn?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De numerus clausus kadert in een beleid voor medische planning. Uit een eerste balans blijkt dat het minimumcijfer inzake het aantal huisartsen (43 %) niet gehaald wordt, en dit vooral in Vlaanderen, terwijl het cijfer met betrekking tot het aantal specialisten lichtjes overschreden wordt. Op basis van de selectieproeven voorzien we bovendien een overschrijding met 475 eenheden in Vlaanderen, en met 450 à 600 in Wallonië. Op voorstel van de Planningscommissie werden deze cijfers verhoogd: van 757 in 2008 tot 975 in 2013 en 1.025 in 2014.

Verschillende indicatoren wijzen er op dat er in sommige streken een tekort aan huisartsen ontstaat, en ook aan bepaalde specialisten. Men is nu een kadaster aan het opstellen, op basis waarvan de Planningscommissie de behoeften zal evalueren. Ze zal hierbij ook rekening houden met de situatie op het terrein, en met de rolverdeling tussen eerstelijns- en tweedelijns geneeskunde, en tussen artsen en paramedici. Verschillende maatregelen werden genomen ter bevordering van de eerstelijns geneeskunde, zoals de Impulso I- en II-fondsen, en verschillende specialisaties werden uit het quotasysteem gelicht, zoals de kinderpsychiatrie en urgentie geneeskunde. In de Planningscommissie werd voorgesteld om voor deze specialisaties in een spreiding te voorzien, waardoor studenten die afstuderen in deze richtingen een RIZIV-nummer kunnen krijgen. De FOD Volksgezondheid zal zich binnenkort over dit voorstel buigen.

De studie van het Kenniscentrum moet zeker grondig bestudeerd worden, zodat het quotasysteem herzien kan worden. Ik ben voorstander van zo een herziening, zonder daarom het idee van de medische planning te laten varen.

10.03 **Muriel Gerkens** (*Ecolo-Groen!*): Ik ben ervan overtuigd dat de manier waarop het aanbod tegen de behoeften wordt afgewogen, moet worden herzien, maar de overschakeling naar een ander systeem betekent niet dat men elke vorm van planning of regulering zomaar overboord moet gooien. Heeft u er een idee van hoelang het nog zal duren om naar de volgende fase (terbeschikkingstelling van informatie over het kadaster of een herlezing van het proces) over te gaan?

10.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik zal me informeren bij mijn administratie en het Kenniscentrum.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: mevrouw Muriel Gerkens.

11 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de moeilijke medische follow-up van 140 hongerstakers" (nr. 1506)

11.01 **Zoé Genot** (*Ecolo-Groen!*): Om een correcte medische opvolging te verzekeren van de honderd veertig mensen die al éénnentwintig dagen in hongerstaking zijn in de Koningstraat nummer 91, zijn de artsen van mening dat zij met zijn vijftigen moeten zijn, en dat er bovendien voor het hele medisch beheer en de medische logistiek moet worden gezorgd.

Vermits zij niet over dergelijke middelen beschikken, zijn zij de mening toegedaan dat zij ondanks de risico's die de hongerstakers lopen, onmogelijk voor die follow-up kunnen instaan. De hongerstakers zijn op de hoogte van die risico's, maar zullen hun staking desalniettemin voortzetten.

In welke mate kunt u de medische teams helpen te waken over die hongerstakers of over andere mensen die zich in dezelfde situatie bevinden?

11.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat probleem is jammer genoeg niet nieuw. De voorbije jaren zijn er verscheidene collectieve hongerstakingen geweest. Het is niet eenvoudig om medische zorg te verlenen aan iemand die zich daar mogelijk tegen verzet. Een hongerstaking kan een ernstige, soms zelfs fatale afloop hebben. Ik wil dat officieel en formeel in herinnering brengen, vooral ten aanzien van diegenen

die de hongerstakers steunen en derhalve een verpletterende verantwoordelijkheid dragen.

Uit wettelijk oogpunt hebben we te maken met tegenstrijdige bepalingen.

Overeenkomstig de diverse adviezen van de Raad van de Orde van geneesheren mag de arts niet tegen de wil van de patiënt ingaan zolang die bij bewustzijn is. Met betrekking tot de 116 hongerstakers die momenteel een gebouw in Brussel bezetten en de 24 personen die in het ziekenhuis zijn opgenomen, dient een noodplan in werking te worden gesteld. Volgens dat plan moet er een balans worden opgemaakt. Op grond van die balans, bepaalt het plan dat de personen die er het ergst aan toe zijn in het ziekenhuis moeten worden opgenomen. Vervolgens is het de bedoeling dat de bevoegde autoriteiten voor een dagelijkse medische follow-up zorgen.

Voorts wordt aanbevolen dat de bevoegde overheid vervoermiddelen ter beschikking zou stellen.

Indien de administratieve overheid zou beslissen het gebouw te ontruimen, zou het psychosociaal interventieplan van de stad Brussel in werking moeten worden gesteld. In dat verband vervult mijn administratie een louter adviserende en zo nodig coördinerende rol.

De 100-centrale van het administratief arrondissement Brussel-Hoofdstad heeft de medische hulpdiensten al verwittigd, gezien de moeilijkheid om voor de hongerstakers een onderkomen te vinden en aangezien de eerste fase van het plan (bezoek ter plaatse en opstelling van een balans), op vraag van de federale gezondheidsinspecteur, vandaag haar beslag krijgt.

Ingevolge de oproep van de artsen die verantwoordelijk zijn voor de follow-up heb ik vandaag een vergadering belegd op mijn kabinet.

Wat het aantal artsen ter plaatse betreft, werd er een oproep gedaan om dat aantal op te trekken. Momenteel zijn er daar 28 artsen en 12 verpleegkundigen aanwezig, allen vrijwilligers!

Die artsen hebben ook administratieve hulp ter plaatse gevraagd, om de medische dossiers bij te houden en ze ter beschikking te stellen tijdens hun consult, om een verbindingslogboek voor de verzorgenden bij te houden, om toezicht te houden op de bloedafnames en de geneesmiddelen, de hongerstakers te identificeren, enz. Wij hebben ons voor die hulp tot het Rode Kruis gewend.

De bloedafnamen kosten het Sint-Pietersziekenhuis handenvol geld. Men gaat steeds naar hetzelfde ziekenhuis, vandaar de noodzaak van een financiële tegemoetkoming.

We hebben contact opgenomen met de voorzitter van het OCMW waarvan het Sint-Pietersziekenhuis afhangt. Als er een vordering voor de analyse van de bloedafnamen nodig is, zal die uiteraard worden opgesteld. Dat neemt enige tijd in beslag, maar aangezien het Rode Kruis ons administratief zal ondersteunen, kunnen we dat zeer snel regelen.

We zullen het vraagstuk met betrekking tot de ambulances samen met hen bekijken.

We pogen in te spelen op de behoeften van de artsen ter plaatse. De staking duurt nu al eenentwintig dagen en de toestand wordt zeer kritiek. Ik blijf herhalen dat dit niet de beste oplossing is. Al diegenen die de hongerstakingen steunen, dragen een grote verantwoordelijkheid. Er staan levens op het spel.

11.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Ik hoop dat men op de coördinatievergadering enkele denkpistes heeft kunnen uitwerken. Tot op heden was er wel sprake van veel goede wil, maar deinsde men ervoor terug om werk te maken van die follow-up.

Ik wacht op de conclusies van de vergaderingen die hebben plaatsgevonden.

Het incident is gesloten.

De behandeling van de vragen eindigt om 15.49 uur.

La réunion publique est ouverte à 14 h 17 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du traitement préventif contre la bronchiolite" (n° 1292)

01.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Le traitement préventif de la bronchiolite, une affection qui touche de nombreux prématurés, n'est remboursé que pour les nourrissons sous ventilation endotrachéale. Il en résulte que 40 % des bébés à risque n'y ont pas accès. Le traitement des nourrissons par pression positive continue administrée par voie nasale n'est pas remboursé alors même qu'il s'agit d'un traitement efficace et nettement moins invasif de surcroît. Cela conduit à la situation absurde où des traitements différents administrés à des jumeaux entraînent des coûts de traitement différents eux aussi.

La Belgique est le seul pays à utiliser comme critère de remboursement la technique d'assistance respiratoire mise en oeuvre. La ministre envisage-t-elle de revoir cette position afin que tous les bébés à risques puissent être traités ?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Ces dernières années, le recours à la pression nasale positive continue en tant que technique d'assistance respiratoire a systématiquement augmenté. Selon le groupement belge de néonatalogie, cette technique présente un certain nombre d'avantages dans le cadre du traitement de problèmes de difficultés respiratoires auprès de très jeunes enfants. Le conseil médico-technique de l'Inami élabore actuellement une proposition pour le remboursement de cette technique chez les nouveaux-nés admis dans un service de néonatalogie intensive ainsi que chez les nouveaux-nés admis dans un hôpital disposant d'une fonction de soins de néonatalogie au niveau local.

Une seule technique d'insufflation est en effet prévue dans le cadre du remboursement de Synagis pour les nouveau-nés prématurés de 28 à 32 semaines. Ces bébés ne peuvent en outre être âgés de plus de six mois au début de la bronchiolite VRS. Pour les prématurés de moins de 28 semaines, le remboursement n'est pas limité.

Initialement, ce médicament était remboursé conformément à l'article 56 de la convention, qui ne mentionnait pas la technique d'insufflation. Depuis le 1^{er} octobre 2006, il est fait application du chapitre 4, qui limite l'intervention à une seule technique d'insufflation au sein d'un segment de prématurés. La Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) s'est basée à cet effet sur un avis d'un groupe de travail ad hoc. Ce choix s'est traduit par une diminution estimée du budget Synagis annuel de 3 millions d'euros à 2,1 millions d'euros.

La suppression de cette limitation entraînerait une nouvelle estimation budgétaire des dépenses liées au Synagis. L'opportunité et les implications budgétaires d'une telle initiative seront examinées au sein d'un nouveau groupe de travail.

En mai 2006, l'incidence des restrictions a été estimée à 900.000 euros. Aussi, l'élargissement des conditions de remboursement doit-elle s'accompagner d'une baisse de prix.

01.03 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Dans sa réponse, la ministre s'est focalisée sur les répercussions budgétaires d'un remboursement élargi du traitement préventif de la bronchiolite. Elle ne devrait toutefois pas perdre de vue les retombées à long terme de ces traitements préventifs.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Dans le groupe de travail, les aspects budgétaires seront pris en compte, tout comme les critères de santé publique.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins psychosociaux dans les hôpitaux" (n° 1293)

02.01 Yolande Avontroodt (Open Vld) : A ma connaissance, il n'y a encore eu que très peu de recherches scientifiques sur l'incidence que peut avoir un service de soins psychosociaux dûment organisé dans les hôpitaux généraux. La réglementation applicable à ces services est très vague puisque aucune norme précise n'est prévue.

Ne serait-il pas utile de mesurer les résultats obtenus par les hôpitaux qui disposent d'un service de soins psychosociaux et de suivi social bien développé ? On pourrait ainsi en mesurer l'effet, notamment sur l'observance thérapeutique, les récidives et l'accompagnement de parcours au sein de l'hôpital. La ministre envisage-t-elle de mettre sur pied cette étude scientifique ou de créer une plate-forme à cet effet ? Les psychologues et les assistants sociaux responsables de ce type de services sociaux sont-ils enregistrés en tant que tels ? L'assistant social intervient-il dans l'accompagnement du patient ?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Une enquête sur la politique psychosociale des hôpitaux est en effet nécessaire.

De nombreuses dispositions vont dans le sens d'une approche multidisciplinaire et donc de la prise en charge des aspects psychosociaux. Cependant, l'évaluation demande que la pratique de terrain soit bien installée.

L'enregistrement des assistants sociaux et des psychologues se fait notamment par le biais des statistiques annuelles des hôpitaux. Les données financières et statistiques récoltées par le service de comptabilité et de gestion des hôpitaux reprennent le nombre de psychologues salariés.

Enfin, je suis d'accord pour dire qu'une politique doit s'élaborer progressivement en concertation avec le secteur, c'est d'ailleurs le cas du projet pilote centré sur des patientes atteintes d'un cancer du sein.

02.03 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Des conditions ont déjà été fixées pour la pédiatrie, la gériatrie et l'oncologie mais un accompagnement de parcours plus global et un accompagnement psychosocial adéquat sont nécessaires. Ces conditions sont essentielles au regard de l'efficacité du suivi thérapeutique. En France par exemple, des résultats peuvent être obtenus dans différents départements. Bien-être et santé publique sont dès lors liés.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Une telle approche existe à présent de manière éclatée. Il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs. Après l'évaluation, tentons d'élaborer une démarche générale relative au soutien psychosocial, dans nos hôpitaux notamment.

L'incident est clos.

03 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le point de signalement des effets secondaires des médicaments" (n° 1381)

03.01 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Depuis novembre 2006, Test-Achats possède un point de contact où les consommateurs peuvent adresser leurs plaintes concernant les effets secondaires de médicaments. Il a été convenu en avril 2007 que l'Agence fédérale des médicaments examinerait les plaintes que lui communiquerait Test-Achats. L'avis de la Commission pour la protection de la vie privée a toutefois été sollicité préalablement. La ministre pourrait-elle demander que cet avis soit rendu rapidement ?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : L'accord visait principalement à faire en sorte que les informations collectées par Test-Achats soient communiquées au Centre belge de la pharmacovigilance. Il faut en premier lieu que le patient qui signale un effet secondaire puisse être correctement identifié. Il faut ensuite l'accord écrit du rapporteur à propos des renseignements médicaux personnels. Le 12 novembre 2007, l'Agence fédérale des médicaments a sollicité l'avis de la Commission pour la protection de la vie privée qui se prononcera incessamment sur la question.

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

- **M. Bart Laeremans** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nécessité d'un SMUR à Hal" (n° 1395)

- **M. Michel Doomst** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création d'un SMUR à Hal" (n° 1399)

04.01 Bart Laeremans (Vlaams Belang) : Le conseil provincial du Brabant flamand aurait adressé un courrier à la ministre concernant la nécessité de transformer l'équipe d'intervention paramédicale actuelle en un SMUR à part entière à Hal. Le directeur de l'hôpital concerné affirme toutefois qu'un arrêté royal distinct est nécessaire à cet effet. À défaut, le nombre maximal de SMUR serait dépassé dans notre pays.

La ministre a-t-elle reçu la demande ? Quand débutera la concertation avec l'hôpital concerné et avec la province et les autorités flamandes ? Dans quel délai l'arrêté royal pourra-t-il être promulgué et publié ?

04.02 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : À Hal, les délais d'intervention des services ambulanciers en cas d'urgence sont excessivement longs. Un SMUR doit donc impérativement être mis en place dans les plus brefs délais. L'hôpital est demandeur mais d'un point de vue légal, rien n'est possible pour l'heure. L'initiative revient donc à la ministre. Qu'en est-il de l'évaluation de l'actuelle équipe d'intervention paramédicale à Hal ? Des initiatives ont-elles déjà été prises pour démarrer la concertation ? Quel est le point de vue de la ministre ? Quelles mesures prendra-t-on pour parvenir à un dispatching unique dans le Brabant flamand ?

04.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Dans notre pays, les fonctions SMUR ont été attribuées aux hôpitaux qui en ont fait la demande. Au moment de cette attribution, la clinique de Hal ne s'était pas portée candidate. Le ministre Demotte a lancé dix expériences pour déterminer si, dans bien des cas, une équipe constituée d'un ambulancier et d'un infirmier ne suffirait. Il s'agit des projets dits « EIP » (équipes d'intervention paramédicales).

A Hal, l'EIP devait faire en sorte que la population puisse être accueillie en néerlandais à l'hôpital. Le projet mis en place à Hal fait l'objet d'un financement exceptionnel, comparable à celui d'un SMUR à part entière. Je souligne que la clinique de Hal est la seule à jouir de ce statut en Belgique.

À ce jour, je n'ai encore reçu ni courrier de la province de Brabant flamand, ni demande officielle de la clinique de Hal de créer un service SMUR. J'ai l'intention de rencontrer prochainement toutes les parties concernées pour m'assurer que la clinique est prête à répondre à tous les critères pour la création d'un SMUR. Dans le passé, c'est sur le plan de l'encadrement obligatoire que le bât a parfois blessé.

Afin de m'assurer de la nécessité absolue d'un SMUR à Hal, j'ai l'intention de collecter un maximum d'informations et de recueillir le plus grand nombre possible d'avis. Je souhaiterais ainsi obtenir l'avis de la commission provinciale Aide médicale urgente. Cet organe aurait plutôt été négligé dans le cadre de ce dossier. Je suis persuadée que des statistiques complètes peuvent démontrer la nécessité d'un SMUR à Hal. Si les informations mettent en évidence la nécessité concrète d'un SMUR à Hal, sa mise en place, ainsi qu'un financement identique aux autres SMUR, pourront certainement être envisagés. Dans ce cas, il faudra d'abord encore prendre l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers et soumettre au Conseil des ministres et au Conseil d'État l'arrêté royal qui modifie le critère de programmation.

Le rapport relatif à la première année de fonctionnement de l'expérience EIP a été distribué à toutes les parties concernées qui en avaient fait la demande. Le rapport portant sur la deuxième année paraîtra en septembre 2008.

Le nombre de plaintes déposées auprès du Service d'Inspection de l'hygiène pour des incidents liés à l'aide médicale urgente dans cette région est assez limité. En ce qui concerne plusieurs dossiers dont la presse s'est fait l'écho, mon administration a finalement pu fournir une explication plausible. Dans certaines régions, l'arrivée du SMUR se fait attendre plus longtemps qu'à Hal et, la plupart du temps, celui-ci vient de l'autre côté de la frontière linguistique.

Le ministre Demotte a lancé un certain nombre d'initiatives pour moderniser le dispatching dans le secteur de l'aide médicale urgente. Cette modernisation a été opérée en collaboration avec le SPF Intérieur, qui est compétent pour les aspects techniques du système d'appel au niveau des centraux 100.

En ce qui concerne le *rerouting* des appels vers Louvain, je tiens à rappeler qu'à Louvain précisément, les

centraux 100 et 101 ont été réunis entre-temps en vue de l'installation d'un seul central d'appel 112. C'est le ministre de l'Intérieur qui est compétent en la matière. Mon administration a déjà eu des contacts avec le Brabant flamand et Bruxelles à propos du transfert des appels.

04.04 Bart Laeremans (Vlaams Belang) : Ce dossier bouge enfin. Je me réjouis de constater que la ministre prend ce problème au sérieux et veut créer un SMUR à Hal si tous les critères sont remplis. Les retards constatés au niveau des services de secours sont attribuables, dans une très large mesure, à des problèmes linguistiques. Les SMUR des hôpitaux francophones ont souvent du mal à trouver leur chemin, ce qui leur fait perdre un temps précieux.

Je note avec surprise que la ministre n'a pas encore reçu de demande de la province, ni de l'hôpital. Or le reportage diffusé par la chaîne de télévision régionale était explicite à ce sujet.

J'espère que toutes les parties vont enfin suivre la même voie dans ce dossier, afin que Hal dispose le plus rapidement possible du SMUR auquel la région a droit.

04.05 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Je constate moi-aussi que nous sommes enfin sur la bonne voie. Je regrette que la province n'ait pas encore réagi. Je n'y ai quitté mes fonctions que depuis six mois et tout y est subitement devenu beaucoup plus lent.

L'hôpital doit à présent introduire dans les meilleurs délais une demande dûment étayée, afin que les dysfonctionnements dans l'aide médicale urgente dans la région appartiennent définitivement au passé.

L'incident est clos.

05 Question de M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rachat de laboratoires cliniques par des groupes commerciaux étrangers" (n° 1425)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Il semblerait qu'un nombre croissant d'organisations commerciales étrangères soient intéressées par le rachat de laboratoires cliniques belges. Jusqu'il y a quatre ans, les laboratoires devaient être aux mains de biologistes cliniciens qui y travaillaient eux-mêmes. Les instances européennes ayant été saisies d'une plainte, le gouvernement précédent a décidé que quiconque pouvait désormais être propriétaire d'un laboratoire clinique. Cela n'a pas échappé aux investisseurs étrangers et les demandes d'information ont afflué.

Comment la ministre réagit-elle à cette situation ? Envisage-t-elle d'instaurer l'obligation, pour chaque laboratoire clinique, d'instituer un collège de médecins et de pharmaciens chargé de surveiller la qualité ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Le département Biologie clinique de l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISSP) reçoit effectivement, par le biais des services commerciaux des ambassades, des demandes d'investisseurs étrangers désireux d'investir dans des laboratoires cliniques en Belgique. Cet intérêt résulte des modifications des conditions d'exploitation des laboratoires cliniques par la loi de 2005 et par l'arrêté royal 143. La loi a été modifiée à la suite d'une plainte auprès de la Commission européenne, après quoi la Belgique a été obligée d'ouvrir les laboratoires cliniques à d'autres personnes physiques ou morales.

La loi de 2005 dispose toutefois qu'une convention écrite doit être conclue entre l'exploitant et chaque dispensateur dans le laboratoire. Cette convention doit en outre être approuvée par la commission de biologie clinique. Il s'agit avant tout de garantir l'indépendance professionnelle des dispensateurs. Je suis disposée à insérer dans l'arrêté royal 143 une proposition de cette commission imposant un collège de biologistes dans les laboratoires privés. Ce serait une garantie supplémentaire.

05.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Quand l'arrêté royal sera-t-il adapté ?

05.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Prochainement mais je ne dispose d'aucun calendrier exact.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique d'euthanasie des maisons de repos" (n° 1461)

06.01 Maggie De Block (Open Vld) : Il ressort de l'étude réalisée par le *Centrum voor Biomedische Ethiek* de la KULeuven sur la politique en matière d'euthanasie que 15 % seulement des MSR flamandes se sont dotées d'une telle politique. Sur les 92 maisons de repos qui en ont arrêté une, sept institutions catholiques refusent l'euthanasie aux patients en phase terminale capables d'exprimer leur volonté. La majorité des maisons de repos qui autorisent l'euthanasie en appliquant filtre dit « palliatif » imposent en outre des conditions plus strictes que celles que prévoit la loi. Enfin, cette étude a également démontré l'absence totale d'information à l'égard du monde extérieur et des occupants, de leur famille et de leur médecin généraliste.

La ministre juge-t-elle vraiment souhaitable que les MRS arrêtent une politique en matière d'euthanasie et en informent leurs pensionnaires et leurs médecins ? Peut-on accepter qu'elles édictent des conditions plus sévères que les conditions légales ? La ministre envisage-t-elle de prendre des mesures pour rappeler aux MRS leurs obligations en la matière ?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Il serait utile que, parallèlement à une politique en matière de soins palliatifs, les MRS mettent également en place une politique en matière d'euthanasie et informent les patients à ce sujet au moment de l'admission. La loi relative à l'euthanasie de mai 2002 doit évidemment être respectée.

L'absence d'une véritable politique en matière d'euthanasie est sans doute due à une méconnaissance de la loi. Nous pourrions organiser une vaste campagne d'information à l'attention des médecins, des patients et des institutions. Je demanderai à mon administration d'intégrer cet aspect dans l'enquête MRS. Dès que les données seront connues, la nécessité de prendre des mesures complémentaires sera évaluée.

06.03 Maggie De Block (Open Vld) : Nos préoccupations sont les mêmes. La loi existe, mais elle doit être appliquée correctement. Elle est encore trop méconnue, même si des interlocuteurs sont présents en nombre suffisant. Ce sujet demeure tabou. On imagine en effet des thèmes plus agréables pour une soirée entre amis.

L'incident est clos.

07 Question de M. Jean-Luc Crucke à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lancement de la fondation Happy Body" (n° 1493)

07.01 Jean-Luc Crucke (MR) : La fondation Happy Body, initiative prise par le COIB, l'ASBL NUBEL et la FEBIA et qui a pour objectif la non-stigmatisation de ceux qui pourraient faire partie de la catégorie des obèses, voudrait se placer dans le plan Nutrition-Santé avec un budget de 2 millions d'euros.

Avez-vous connaissance de cette initiative ? Peut-on considérer qu'elle fait partie du plan auquel elle fait référence ? Voter ministère la soutient-elle ? Des contacts, des collaborations ou des concertations ont-ils eu lieu ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre : (*en français*) J'ai été informée des objectifs et du lancement de cette fondation.

L'objectif de cette fondation est d'induire dans le grand public, relativement à l'obésité et au surpoids, un changement dans les styles de vie, ce qui est aussi un des objectifs du plan national Nutrition-Santé, et est cohérent avec les plans existants. Happy Body, qui met en place un partenariat public-privé associant l'alimentation saine et équilibrée et l'activité physique, est une des réponses de l'industrie alimentaire et se veut une approche proactive qui va plus loin que la formulation des produits, l'étiquetage ou le marketing, lesquels ne suffisent pas à obtenir des changements de mentalités.

Je soutiens cette initiative. La collaboration avec les trois partenaires existe déjà dans le cadre du plan

national Nutrition-Santé. Une co-coordinatrice du plan fait partie du jury chargé d'évaluer les actions proposées dans le cadre de Happy Body. Il n'y pas d'intervention financière dans le projet de la part du SPF Santé publique, de l'AFSCA, de NUBEL ni du COIB.

07.03 Jean-Luc Crucke (MR) : Votre réponse donne de la crédibilité au projet, dont l'image de fond me semble sérieuse.

L'incident est clos.

08 Questions jointes de

- **M. Jean-Luc Crucke à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'octroi d'une intervention financière dans les abonnements à des salles de fitness" (n° 1494)**

- **Mme Rita De Bont à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une intervention éventuelle de l'INAMI dans le coût du fitness de qualité" (n° 1502)**

08.01 Jean-Luc Crucke (MR) : Des professeurs de la VUB ont récemment lancé l'idée qu'une aide financière dans les abonnements à des salles de fitness représenterait une économie sur des remèdes ultérieurs. S'agit-il là du rôle des pouvoirs publics ? Que pensez-vous de cette proposition ? Des marges sont-elles disponibles ? Pourrait-on payer tout le monde à faire du sport ? L'idée ne devrait-elle pas plutôt être développée au niveau de ceux qui font de la prévention, les mutuelles, par exemple ? Certaines le font déjà. Ne pouvez-vous pas jouer un rôle à l'égard de ces organismes ?

La **présidente**: Toutes les mutuelles interviennent, mais de façon différente.

08.02 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Le secteur du fitness relève en réalité de la zone grise située entre les compétences communautaires et fédérales. Mais la décision de rembourser les séances de fitness prescrites par les médecins relève à coup sûr des compétences fédérales.

Une journée d'étude organisée récemment à la VUB a montré que ce remboursement serait plus économique et plus efficace pour les groupes cibles comme les patients souffrant d'obésité et les patients âgés que le remboursement d'anti-cholestérolémiants.

La ministre a-t-elle connaissance de ces études ? Une analyse des coûts et des avantages a-t-elle déjà été réalisée ? L'administration a-t-elle déjà contacté les centres de fitness, les médecins et les organisations de patients ? La ministre estime-t-elle qu'une intervention de l'INAMI soit envisageable à certaines conditions pour certains groupes à risque ? À quelles conditions le remboursement serait-il soumis ? Pour quels groupes cibles le remboursement serait-il envisageable ?

08.03 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Le sport permet en effet de prévenir certaines pathologies. Mais ce type d'initiative relève des Communautés. Étant favorable à une refédéralisation de la prévention, je ne vois aucun inconvénient à m'en occuper un jour.

(En néerlandais) Il est exact que certaines mutuelles interviennent dans les frais de cotisation à des clubs de sport par le biais de leur assurance complémentaire, et cela conformément à leur mission de formation permanente.

(En français) En revanche, une intervention directe de l'assurance maladie n'entre pas dans les missions définies par la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

08.04 Jean-Luc Crucke (MR) : Vous avez rappelé les priorités du fédéral, et je vous en remercie.

08.05 Rita De Bont (Vlaams Belang) : Cette réponse prouve une fois de plus que le morcellement des compétences empêche de mener une politique efficace et économe. Nous voulons - en vertu du principe de subsidiarité - transférer la politique de santé aux Communautés. Le morcellement des compétences sert aujourd'hui d'alibi pour renvoyer les patients d'une instance vers une autre. La ministre devrait réexaminer les études afin de revenir le cas échéant sur sa décision.

L'incident est clos.

Présidente: Mme Yolande Avontroodt.

09 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement d'Impulseo II" (n° 1472)

09.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Le fait que les dispositions relatives à la publication de l'arrêté royal relatif au projet Impulseo II de soutien aux pratiques de groupe en médecine générale élaboré par votre prédécesseur n'aient pas été prises dans le projet de loi portant dispositions diverses présenté en affaires courantes dénote-t-il un changement d'orientation politique et pour quelle raison ? Sinon, s'agit-il d'un oubli ou d'un problème technique ou budgétaire ?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je suis d'accord sur l'importance d'Impulseo II et j'ai relancé la dynamique. L'arrêté royal, retardé par des problèmes techniques, se trouve actuellement à l'Inspection des finances. Le fonds est maintenu, et nous amplifierons encore le projet ultérieurement si c'est possible.

09.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Je suis rassurée. Peut-être pouvons-nous l'espérer pour la prochaine loi-programme annoncée fin mars.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du KCE « Dix ans de numerus clausus: situation actuelle et défis pour l'avenir »" (n° 1473)

10.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Alors que, en 2003 et 2006 déjà, je passais pour une Martienne en remettant en cause le numerus clausus et les quotas INAMI et que je mettais en garde contre un risque de pénurie, on constate actuellement certaines formes de pénurie de spécialistes dans les hôpitaux. Et voilà que le Kenniscentrum établit le même constat ! Quel sera la suite réservée à son avis ?

De plus, un certain nombre d'étudiants en surnombre (700 du côté francophone et 500 du côté flamand) risquent de se voir interdire l'exercice de leur profession en cours d'étude en dépit du constat de pénurie.

Où en est le cadastre des médecins annoncé par le SPF Santé publique ? Où en est-on dans la dynamique de participation des médecins, nécessaire à la pertinence de ce cadastre ?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Le numerus clausus s'inscrit dans une politique de planification médicale. Un premier bilan montre que les chiffres minima (43 %) de généralistes ne sont pas atteints, et ce essentiellement en Flandre, alors que le chiffre des spécialistes est légèrement dépassé. Par ailleurs, sur la base des examens de sélection, un dépassement est prévu de 475 du côté néerlandophone et entre 450 et 600 du côté francophone. Sur la suggestion de la commission de Planification, les chiffres ont été rehaussés : de 757 en 2008 à 975 en 2013 et 1.025 en 2014.

Plusieurs indicateurs montrent qu'une forme de pénurie en médecine générale est en train de s'installer dans certaines régions, ainsi que dans certaines spécialités. Un cadastre est en voie d'élaboration, sur la base duquel la commission de Planification évaluera les besoins, tout en tenant compte des réalités du terrain ainsi que de la répartition des rôles entre première et deuxième lignes et entre médecins et paramédicaux. Plusieurs mesures ont été prises en faveur de la première ligne, comme les fonds Impulseo I et II, et plusieurs spécialités ont été placées hors quota, comme la pédopsychiatrie et la médecine d'urgence, pour lesquels un lissage, permettant l'attribution de numéros INAMI, a été proposé par la commission de Planification et sera prochainement étudié par le SPF Santé.

L'étude du Kenniscentrum mérite certes un examen approfondi, auquel permettra de réévaluer le système des quotas, à la quelle je suis favorable, en conservant l'idée de la planification.

10.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Je suis convaincue que la manière dont on évalue l'offre par rapport aux besoins doit être revue, mais changer de système ne signifie pas renoncer à toute planification ou régulation.

Avez-vous une idée du temps nécessaire pour passer à l'étape suivante : avoir les informations relatives au cadastre ou avoir une relecture du processus ?

10.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je vais me renseigner auprès de mon administration et du Kenniscentrum

L'incident est clos.

Présidente : Mme Muriel Gerkens.

11 Question de Mme Zoé Genot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi médical difficile de 140 grévistes de la faim" (n° 1506)

11.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!) : Pour assurer un suivi médical correct des cent quarante personnes ayant entamé depuis vingt et un jour une grève de la faim au 91, rue Royale, les médecins estiment qu'ils doivent être cinquante, et qu'en outre il faut assurer toute la gestion et la logistique médicales qui accompagnent leur travail.

Ne disposant pas de ces moyens, ils considèrent qu'il leur est impossible d'assumer la responsabilité du suivi, malgré les risques encourus par les grévistes de la faim. Les grévistes, informés de ces risques, poursuivront leur grève malgré tout.

Quel soutien pouvez-vous apporter aux équipes médicales pour superviser ces grévistes de la faim ou tout autre personne dans la même situation ?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Cette problématique n'est malheureusement pas neuve. Ces dernières années, plusieurs grèves de la faim collectives ont eu lieu. Le problème de la médicalisation d'une personne éventuellement non consentante n'est pas simple. Une grève de la faim peut avoir des conséquences graves, voire funestes. Je tiens à le rappeler officiellement et formellement, notamment pour celles et ceux qui soutiennent les grèves de la faim qui endossent une responsabilité qui n'est pas mince.

Légalement nous sommes face à des dispositions contradictoires.

Les différents avis du conseil de l'Ordre des médecins concluent qu'aussi longtemps que le patient est conscient, le médecin ne peut pas aller contre sa volonté. S'agissant des 116 grévistes et 24 hospitalisés qui occupent actuellement un bâtiment à Bruxelles, il y a lieu de prévoir la mise en place du plan d'urgence. Ce plan prévoit l'établissement d'un bilan. En fonction de ce bilan, le plan propose l'hospitalisation des cas les plus graves. Il s'agit ensuite de la mise en place d'un suivi médical journalier par les autorités compétentes.

On recommande aussi la mise à disposition de moyens de transport par l'autorité compétente.

Enfin, si une évacuation devait être décidée par l'autorité administrative, le plan d'intervention psychosocial de Bruxelles-Ville devrait être activé, pour lequel mon administration n'assure qu'un rôle de consultance et, si nécessaire, de coordination.

Actuellement, la mise en alerte des secours médicaux a déjà été réalisée par le centre d'appel 100 de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, vu la difficulté à trouver une destination pour les grévistes et étant donné que la première phase du plan (visite sur place pour bilan) a lieu aujourd'hui même, sur demande de l'inspecteur fédéral d'Hygiène.

Vu l'appel des médecins responsables du suivi, j'ai organisé aujourd'hui une réunion à mon cabinet.

Au sujet du nombre de médecins sur place, un appel a été lancé pour venir augmenter leur nombre. Il y a 28 médecins et 12 infirmières pour l'instant, tous bénévoles !

Ces médecins ont aussi demandé une aide administrative sur le terrain, pour garder les dossiers médicaux et les leur fournir lors des visites, tenir un cahier de liaison des soignants, gérer les prises de sang, les médicaments, identifier les grévistes, etc. Nous avons interpellé la Croix-Rouge pour une telle aide.

Les prises de sang représentent une charge extrêmement importante pour l'hôpital Saint-Pierre. On va toujours vers le même hôpital, d'où la nécessité de prise en charge financière.

Nous avons pris contact avec le président du CPAS auquel est lié l'hôpital Saint-Pierre. À partir du moment où il faut un réquisitoire pour l'analyse des prises de sang, il y en aura un. Cela prend du temps mais puisque la Croix-Rouge nous fournira une aide administrative, nous pourrons réaliser cela à très court terme.

Nous verrons avec eux les questions concernant les ambulances.

Nous essayons de répondre aux nécessités des médecins sur le terrain. La grève dure depuis vingt et un jours, et la situation devient très critique. Je dis et redis que ce n'est pas la meilleure solution. Tous ceux qui l'appuient prennent des responsabilités. Des vies sont en jeu.

11.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): J'espère que la réunion de coordination aura permis de dégager quelques pistes. Jusqu'à présent, les nombreuses bonnes volontés rassemblées hésitaient à se lancer dans ce suivi.

J'attendrai de recevoir les conclusions des réunions qui se sont tenues.

L'incident est clos.

La discussion des questions se termine à 15 h 49.