

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 29 JANUARI 2008

Namiddag

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

du

MARDI 29 JANVIER 2008

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.22 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens, voorzitter.

01 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bariatrische chirurgie" (nr. 1518)

01.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Binnen welomschreven criteria wordt een ingreep in het kader van bariatrische chirurgie terugbetaald. Diabetici met een BMI tussen 35 en 40 kunnen alsnog niet op terugbetaling rekenen. Voor dat soort patiënten is gewichtscontrole nochtans een zeer evidente therapie. Naar verluidt zou een binnenkort te verschijnen KB voor hen voortaan wel in terugbetaling voorzien. Klopt dit?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Het Verzekeringscomité van het Riziv heeft op 10 december 2007 een wijziging van de nomenclatuur goedgekeurd. De terugbetaling wordt voortaan ook voor diabetici met een BMI van of hoger dan 35 mogelijk. Bovendien wordt de leeftijdsgrens van zestig jaar afgeschaft. Ook de verplichting dat de geneesheer-internist die aan het bariatrische overleg deelneemt, over een bijzondere beroepstitel in de endocrinologie moet beschikken verdwijnt. Het KB dat deze wijzigingen invoert, zal binnenkort verschijnen.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de thuisverzorging van mucoviscidosepatiënten" (nr. 1519)

02.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Deze vraag gaat over de heel grote groep van patiënten die lijden aan mucoviscidose. Het KB van 21 maart 2002 regelt de terugbetaling van antibiotica voor patiënten die thuis verzorgd worden, waardoor zij voldoende antibiotica in huis kunnen houden zonder steeds naar het ziekenhuis te moeten gaan. Een proefproject werd gestart in 2002 en is inmiddels al twee keer verlengd, de laatste keer tot 31 mei 2007. Is er een evaluatie beschikbaar? Kan het proefproject opnieuw verlengd worden of, wat nog beter zou zijn, degelijk wettelijk geregeld worden?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Omdat het KB van 21 maart 2002 niet preciseerde dat het om een proefproject ging, werd niet in een formele evaluatie voorzien. De Technische Raad voor diagnostische en verzorgingsmiddelen zal de terugbetalingsvoorwaarden voor elastomere pompen vastleggen. Voor die terugbetaling werd in het budget voor 2008 1 miljoen euro uitgetrokken. Vanaf 1 juni 2007 worden de terugbetalingen ongewijzigd toegekend tot de inwerkingtreding van die algemene reglementering voor de terugbetaling van pompen.

(Frans) In het pakket chronische ziekten is dat een van mijn prioritaire projecten en ik zou willen dat het tegen Pasen is vastgelegd.

02.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Het is positief dat de minister dit dossier prioritair wil behandelen, maar ik blijf vrezen dat er een vacuüm bestaat waarin terugbetaling niet mogelijk is.

02.04 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Dank zij het aanhangsel bij het contract zijn er geen problemen. Wij zullen tegen Pasen de algemene regelgeving rond trachten te hebben. Er is haast bij.

02.05 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Dit is belangrijk voor het verslag en voor patiënten die moeilijkheden ondervinden bij de terugbetaling van die therapie.

Het incident is gesloten.

03 **Vraag van mevrouw Carine Lecomte aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aankoop van automatische defibrillatoren" (nr. 1521)**

03.01 **Carine Lecomte** (MR): In Sedan kon een beroepsvoetballer die het slachtoffer werd van een hartfalen worden gered dankzij de aanwezigheid van een automatische defibrillator in het stadion.

De wet die het gebruik van externe automatische defibrillatoren toelaat in het kader van een reanimatie dateert al van 12 juni 2006. Om de reanimatie in veilige omstandigheden te laten verlopen, moeten de eigenaars van defibrillatoren voorwaarden op het stuk van de kwaliteit, de veiligheid en de betrouwbaarheid in acht nemen. Het koninklijk besluit tot vaststelling van de normen en de nadere toepassingsregels is op 18 mei 2007 verschenen.

Hoeveel gevallen van hartfalen met dodelijke afloop doen zich jaarlijks voor in het kader van sportactiviteiten? Beschikt u over gegevens met betrekking tot de plaats waar die nieuwe defibrillatoren zich bevinden? Is hun verspreiding optimaal? Zijn dergelijke toestellen ook in het openbaar vervoer beschikbaar? Zouden niet alle organisatoren van evenementen, ook buiten het sportmilieu en rekening houdend met de prijs van dat toestel, zich zo een defibrillator moeten aanschaffen of samenwerken met een structuur die er een bezit?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Uit de statistieken waar ik over beschik, kan ik niet afleiden hoeveel mensen er tijdens een sportactiviteit sterven ten gevolge van hartfalen. Ik kan u wel zeggen dat in 2005 33 van de 9.000 hartstilstanden waarvoor een MUG-voertuig (mobiele urgentiegroep) werd opgeroepen, geregistreerd werden als sportongevallen.

Momenteel staan er 242 automatische externe defibrillatoren geregistreerd bij de FOD Volksgezondheid. Het is een goede zaak dat er zoveel van dergelijke toestellen zijn bijgekomen.

De *European Resuscitation Council* stelt dat er een defibrillator beschikbaar moet zijn, wanneer het waarschijnlijk is dat er zich tenminste een keer om de twee jaar een hartstilstand zal voordoen of wanneer er op de bewuste plaats meer dan 250 personen gedurende meer dan 16 uur per dag aanwezig zijn. Maar het debat onder wetenschappers over de criteria die moeten gehanteerd worden, wordt voortgezet. De commissies voor dringende medische hulpverlening die bevoegd zijn voor het uitbrengen van adviezen over de medische omkadering van risicomaniestaties, zullen vóór eind 2008 aanbevelingen formuleren met betrekking tot de automatische externe defibrillatoren. Elke burgemeester zal daar naar eigen goeddunken gebruik van kunnen maken.

03.03 **Carine Lecomte** (MR): In de provincie Luxemburg, waar er een tekort is aan ziekenhuizen, zou het voor de sportclubs, bijvoorbeeld, een geruststelling mochten zij beschikken over dat "koffertje" dat zonder problemen kan worden gebruikt.

Het incident is gesloten.

04 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stand van zaken van Be-Health" (nr. 1534)**

04.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Op de Ministerraad van 23 december 2004 werd BeHealth boven de

doopvont gehouden, een portaalsite die alle informatie over toepassingen in de Belgische gezondheidszorg beschikbaar moet stellen. Dit moet zorgen voor meer transparantie en efficiëntie, zowel voor de patiënt als voor de gezondheidsverstrekker. De wet van 27 december 2006 voorzag daarvoor in de oprichting van een staatsdienst met afzonderlijk beheer.

Op Vlaams niveau werd er op 16 juni 2006 een gezondheidsinformaticasysteem in leven geroepen met de bedoeling patiëntengegevens te verzamelen en uit te wisselen. Om administratieve overbelasting te vermijden lijkt het vanzelfsprekend dat er overleg wordt gepleegd tussen het federale en het Vlaamse niveau.

Hoever staat het ondertussen met BeHealth? Wanneer wordt dit platform actief? Is de staatsdienst met afzonderlijk beheer eigenlijk al opgericht? Heeft er overleg met de Vlaamse regering plaatsgevonden?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): BeHealth is een dienst binnen de FOD Volksgezondheid die belast is met het beheer van een dienstenplatform voor de elektronische uitwisseling van gezondheidszorgegevens. Een KB moet echter de regels voor het beheer en exploitatie ervan nog preciseren. De vorige regering werkte al een ontwerp-KB uit, maar de Raad van State oordeelde dat de daarin toegekende opdrachten te ruim waren voor een dienst met afzonderlijk beheer en dat de organisatie overeenkomt met deze van een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid.

Op 1 februari heb ik een vergadering gepland met de minister voor Informatisering en met verantwoordelijken van de Kruispuntbank, het Riziv en de FOD Volksgezondheid over de mogelijkheid om aan BeHealth het statuut van openbare instelling met rechtspersoonlijkheid toe te kennen. In dat geval zal ook een wettelijke regeling voor de samenstelling van het beheerorgaan noodzakelijk zijn.

De voornaamste taak van BeHealth is het beheren van een netwerk voor het elektronisch uitwisselen van informatie, netwerk waarop alle actoren uit de gezondheidszorgsector geleidelijk aan moeten worden aangesloten.

Het netwerk en de basisdiensten zijn ondertussen operationeel, hoewel sommige nog in testfase zijn. Het BeHealth-platform ondersteunt ook reeds een aantal concrete toepassingen. Daarbij wordt gewerkt aan de ondersteuning van het elektronische geneesmiddelenvoorschrift en andere medische gegevens.

De Gewesten en Gemeenschappen worden nauw betrokken bij de uitbouw en het beheer van BeHealth om de actoren niet onnodig te confronteren met verschillende elektronische platforms.

04.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Het is een gigantisch project, dat zeer veel mogelijkheden zal creëren. Het is ook zeer positief dat er nauw overleg is met de Gewesten en Gemeenschappen. Verder is het belangrijk dat BeHealth de juiste rechtsvorm krijgt.

Het incident is gesloten.

05 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de permanente doorlichting van de nomenclatuur" (nr. 1558)**

05.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Dit probleem gaat al twee regeerperiodes mee. Op initiatief van deze commissie bepaalt de gezondheidswet van 27 april 2005 dat er een comité zou worden opgericht voor een permanente doorlichting van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging. Is het comité al opgericht? Welke personen maken er deel van uit? Heeft het comité al resultaten geboekt?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Dit comité werd nog niet opgericht, omdat er nogal wat vragen zijn over de doelstellingen en het nut ervan. Het comité moet immers worden ingevoegd in een complex netwerk van comités die soortgelijke taken vervullen, zoals de Technisch Geneeskundige Raad of de Wetenschappelijke Raad. Dat is waarschijnlijk de verklaring waarom het comité nog niet werd samengesteld.

Een denkoefening over de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is zeker nuttig. Ik zal daarom opnieuw de instanties aanspreken die leden moeten voorstellen.

05.03 Maggie De Block (Open Vld): Ik betreur de tegenwerking binnen het Riziv. Er zijn inderdaad al heel wat comités met vaak overlappende bevoegdheden, maar die zijn er nog nooit in geslaagd de volledig verouderde nomenclatuur adequaat door te lichten. Ik hoop dat de minister haar reputatie van harde tante kan waarmaken door ervoor te zorgen dat dit comité er eindelijk komt.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Zeepreventorium in De Haan" (nr. 1561)

06.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Het Zeepreventorium in De Haan leert kinderen met obesitas een gezonde levensstijl aan. De financiering van het centrum gebeurt door een conventie met het Riziv en die laat geen ruimte voor preventie of nazorg. Kinderen die na het verblijf van maximaal twaalf maanden weer naar huis moeten, vallen daardoor vaak in een zwart gat. De wachtlijsten zijn ook ontzettend lang. Een consult vooraf zou ervoor kunnen zorgen dat de kinderen zich niet laten gaan en niet nog dikker worden.

Is de minister bereid om in de toekomst ook de preventie en de nazorg te financieren? Of is ze van mening dat het hier om een bevoegdheid van de Gemeenschappen gaat? Is ze bereid om hierover de dialoog aan te gaan met de Gemeenschappen?

06.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Het Zeepreventorium in De Haan wordt inderdaad gefinancierd op basis van een overeenkomst met het Riziv die op 1 januari 2006 in werking trad. Volgens deze overeenkomst kunnen kinderen met obesitas of andere pathologieën zowel in internaatsverband als ambulant behandeld worden. De enige mogelijkheid voor ambulante behandeling is de volledig ambulante revalidatiedag waarbij de patiënt zeven uur in de inrichting verblijft.

Ook voorziet de overeenkomst in een ruim aantal re-integratiedagen, waarbij een patiënt bijvoorbeeld voor een weekend terug naar huis mag om de overgang naar het leven thuis te verzachten. Het Zeepreventorium kan het personeelskader ook gedeeltelijk aanwenden voor nazorg. Bij vergaderingen met het Riziv werd trouwens al eerder gepleit voor de uitbouw van lichtere vormen van begeleiding van kinderen met obesitas. Het Rijksinstituut staat niet negatief tegenover deze vragen, maar er werd tot op heden nog geen concreet project ingediend.

Toekomstige projecten zouden zich kunnen richten op nazorg, maar ook op de vroegtijdige behandeling van beginnende obesitas. Het voorkomen van opnames behoort in ons land tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen, maar ik ben bereid hierover een dialoog aan te gaan. Verder tracht de regering via het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan de leef- en voedingsgewoonten van de burgers te wijzigen om zoveel mogelijk opnames te voorkomen.

06.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Het is goed om horen dat de minister mijn bekommernis deelt en bereid is om te praten met de Gemeenschappen.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beroepstitels inzake oncologie" (nr. 1578)

07.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Er zijn twee uiteenlopende visies op de beroepstitel 'medische oncologie'. Sommigen zijn van mening dat alleen oncologen deze titel kunnen dragen, terwijl anderen menen dat deze titel ook toekomt aan alle orgaanspecialisten die zich met oncologische problemen bezighouden. De beroepstitel zoals deze vroeger werd geconcipeerd, was gebaseerd op de eerste visie.

Er werd recent een koninklijk besluit gepubliceerd over de verschillende beroepstitels, maar het

uitvoeringsbesluit dat de instanties aanwijst die belast zijn met de concrete behandeling van de erkenningsaanvragen, ontbreekt. Zal de minister dit uitvoeringsbesluit alsnog publiceren? Heeft zij er zicht op hoe de erkenningsprocedure concreet zal verlopen?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Mijn voorganger Didier Donfut heeft de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen gevraagd om tegen juni 2008 de bijzondere erkenningscriteria te bepalen voor elke basisspecialiteit die in aanmerking komt voor het verkrijgen van de bijzondere beroepstitel in de oncologie, waarover sprake is in artikel 2 van het KB van november 1991.

De Hoge Raad heeft op 13 december 2007 een advies uitgebracht over de procedure. De notulen van deze vergadering moeten nog worden goedgekeurd. Ik wacht op het goedgekeurde verslag.

07.03 **Luc Goutry** (CD&V - N-VA): De Hoge Raad was het er op 13 december bijna unaniem – op drie huisartsen na – over eens dat er gekozen moest worden voor een erkenning door commissies van orgaanspecialisten. Ik had gedacht dat de Hoge Raad zijn advies klaar zou hebben tegen de vergadering van 23 januari. Is die vergadering wel doorgegaan?

07.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik zal de datum controleren. Ik beschik nog altijd niet over notulen. Ik ben niet zeker dat de inhoud van het advies u zal bevelen. Zaak is vooral hoe wij zullen reageren.

07.05 **De voorzitter** : Brengt u ons op de hoogte als u die gekregen hebt ?

07.06 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ja.

(*Nederlands*) Ik zal het advies zeker aan de commissievoorzitter bezorgen.

Het incident is gesloten.

08 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toewijzing van NMR-scanners" (nr. 1581)**

08.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Het KB van 25 oktober 2006 van minister Demotte regelt de toewijzing van NMR-scanners (Nucleaire Magnetische Resonantie). Op basis daarvan konden 84 diensten worden opgericht: 48 in het Vlaamse Gewest, 27 in het Waalse en 9 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, met daarnaast nog een aantal mogelijkheden voor de universitaire ziekenhuizen. Uiteindelijk werden de toestellen toegewezen volgens het aantal opnames van de ziekenhuizen in kwestie.

Er is hier sprake van een grijze zone, aangezien een deel van de programmaregels federaal bepaald is, maar de Gemeenschappen bevoegd zijn voor de concrete plaatsing van de toestellen. Zo heeft Vlaams minister Vanackere recent beslist om een van de 18 toe te wijzen NMR-scanners even in reserve te houden. Oorspronkelijk was dit toestel bestemd voor het ziekenhuis Jan Palfijn, aangezien dit ziekenhuis het hiervoor vereiste aantal van 25.000 opnames per jaar bereikte. Doordat het ziekenhuis echter in een associatie werd opgenomen, ontstond er een ziekenhuisnetwerk dat reeds drie scanners bezat. Hierop besloot de minister om het extra toestel niet te plaatsen. Het KB zegt dat er per dienst medische beeldvorming slechts één toestel geplaatst mag worden, wat volgens minister Vanackere remmend werkt voor ziekenhuizen die een fusie aangaan. Vandaar zijn aandringen op een wijziging van het bewuste KB.

Is er ondertussen overleg geweest over deze materie tussen het federale en het Vlaamse niveau? Wat is het concrete resultaat? Hebben de diensten van de minister reeds nagekeken of een wijziging van het KB ten voordele van de fusieziekenhuizen nuttig zou zijn?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Er werd over deze kwestie nog geen overleg gepleegd met de Vlaamse minister. Bovendien overstijgt de problematiek het dossier van het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen. De huidige NMR-reglementering kan in de toekomst remmend werken op fusieplannen. De regel is één toestel per dienst. Enkel ziekenhuizen met meer dan 35.000 opnames per jaar hebben recht op een tweede toestel. Toekomstige fusies van ziekenhuizen kunnen leiden tot de verplichte inlevering van een of meer scanners. Er is ook het probleem van instellingen waarvan de programmatieaanvraag ontvankelijk werd verklaard, maar die door fusieplannen niet meer in aanmerking komen voor een NMR-scanner.

Een wijziging van de toewijzingsnormen van het KB van 25 oktober 2006 kan juridisch soelaas brengen. Dat veronderstelt een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Ik wil dit probleem zo snel mogelijk in zijn geheel analyseren en oplossen.

08.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Het is positief dat de minister erkent dat de huidige wetgeving een rem kan zijn op fusies en associaties van ziekenhuizen. Ik neem ook akte van de intentie van de minister om het KB voor wijziging vatbaar te maken.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vruchtbaarheid van de Belgische koppels" (nr. 1591)

09.01 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Vorige week meldden verschillende media dat één op zes koppels medische begeleiding nodig heeft om zwanger te geraken. Toekomstige ouders geven zich er te weinig rekenschap van dat roken, overgewicht en leeftijd de vruchtbaarheid negatief beïnvloeden. Heel wat medische behandelingen zouden kunnen vermeden worden indien mensen hun levensstijl op die punten een beetje zouden aanpassen. Maar zijn ze daartoe wel bereid?

Het belang van kinderen krijgen kan - gezien de vergrijzing - niet worden onderschat. Toch stellen we vast dat 80 procent van de 28-jarige vrouwen vandaag nog geen kinderen heeft.

Is het verantwoord dat koppels een dure medische aanpak prefereren boven een wijziging van hun levensstijl? Wat vindt de minister ervan dat veel middelen van de gemeenschap worden uitgegeven omdat koppels IVF een gemakkelijke oplossing achten? Kan de minister hieraan iets doen? Wil zij – eventueel samen met de minister van Werk – het moederschap op jonge leeftijd stimuleren via het vergemakkelijken van een carrièreplanning voor vrouwen? Bestaan daartoe al concrete plannen en een timing?

09.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Tabak en obesitas veroorzaken naast vruchtbaarheidsproblemen tal van andere medische problemen. Ondanks uitvoerige informatie- en preventiecampagnes blijven burgers roken.

Ik denk niet dat vrouwen de preventie bewust verwaarlozen ervan uitgaande dat er toch medische therapieën zijn om onvruchtbaarheid te bestrijden. Ik denk wel dat vrouwen te weinig informatie krijgen over risicofactoren voor onvruchtbaarheid. Die moeten ze in de eerste plaats krijgen van hun artsen. De overheid heeft al meerdere maatregelen genomen. Denk aan de antitabakscampagnes, de plannen ter bestrijding van tabaksgebruik en het nationale voedings- en gezondheidsplan in samenwerking met de Gemeenschappen en de Gewesten. Tijdens mijn mandaat lopen deze campagnes door. Ik ben ervan overtuigd dat degelijke informatie door artsen en gezondheidswerkers een aantal van onze beschavingsziektes kan afremmen.

De behandelingen tegen onvruchtbaarheid zijn niet bepaald aangenaam en uiteraard is het in het voordeel van patiënten om ze te vermijden. Dergelijke therapieën weigeren omwille van de ongezonde levensstijl van de patiënt is dan weer een brug te ver, zelfs als de ingezette geldmiddelen beter zouden kunnen worden gebruikt om bepaalde onvermijdbare ziektes te behandelen.

De vraag naar de carrièreplanning van potentiële moeders is voer voor minister Piette.

09.03 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Ik bedoelde niet dat mensen niet behandeld mogen worden omdat ze hun probleem zogezegd aan zichzelf te wijten hebben. Preventie is echter wel heel belangrijk, maar het is een gemeenschapsbevoegdheid. Ik ben blij dat de minister de gezondheidscampagnes en -plannen voort zal zetten.

Het incident is gesloten.

10 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Sonja Becq** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan geriateren en aan geriatriebedden" (nr. 1593)

- mevrouw **Barbara Pas** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)" (nr. 1711)

De **voorzitter**: Mevrouw Becq kan niet aanwezig zijn om haar vraag te stellen.

10.01 **Barbara Pas** (Vlaams Belang): Volgens een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is er een gebrek aan geriateren en hebben de ziekenhuizen te weinig bedden op hun geriatrieafdelingen. Men heeft in 1985 berekend dat er vijf bedden nodig zijn voor elke duizend inwoners boven de 65. Er zouden vandaag negenduizend bedden moeten zijn, een derde meer dan nu beschikbaar is.

Toch is er in de praktijk dikwijls een onvolledige bezetting op deze diensten, omdat veel bejaarde patiënten ongepast opgevangen worden in de ziekenhuizen. Vaak komt de geriatrie patiënt pas in laatste instantie op een G-dienst terecht. Uit de studie blijkt nochtans het belang van een onmiddellijke geriatrie behandeling bij de opname en gedurende het hele acute verblijf in het ziekenhuis.

Wat was de gemiddelde bezetting van de geriatriebedden in 2007? Hoeveel van de opnames op de acute geriatrie diensten waren rechtstreekse opnames? Heeft men al maatregelen genomen om het aantal rechtstreekse opnames te verhogen? Het kenniscentrum werkte een test uit die het ziekenhuisonthaal toelaat uit te maken welke patiënten zeker in de geriatrieafdeling moeten terechtkomen. Wat is de rol van de geriater hierbij? Moeten volgens de minister de verbindingsartsen die in de studie vermeld worden, geriateren zijn?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Nederlands): Er is momenteel inderdaad een tekort aan geriatriebedden. Het KB dat het programma van vijf naar zes bedden brengt, wordt een van de komende dagen aan de Koning ter ondertekening voorgelegd. Dit zal leiden tot een programmering van 6.505 geriatriebedden voor Vlaanderen, 927 voor Brussel en 3.421 voor Wallonië. Volgens studies is het totale aantal bedden voldoende om de behoeften van de bevolking te dekken tot 2015. Toch zal het, gelet op de vergrijzing, nodig zijn om het overschot aan C-, D- en H-bedden te veranderen in G-bedden. De officiële goedkeuring is een bevoegdheid van de deelstaten.

Om iets te doen aan het tekort aan geriateren werd het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt ingevoerd, alsook een verbetering van de erelonen van de geriateren. Er werden contacten gelegd met de faculteiten geneeskunde en de hogescholen. De Nationale Raad voor Verpleegkunde en de commissie voor de Planning van het Medisch Aanbod hebben werkgroepen opgericht.

Het zorgprogramma komt tegemoet aan de meeste opmerkingen van het advies van het Kenniscentrum. In 2007 werden 61 geriatrie dagklinieken en 61 interne verbindingsfuncties opgestart als proefprojecten. In 2008 zullen er 23 bijkomende dagklinieken en 27 verbindingsfuncties worden opgestart, met een mogelijke uitbreiding in 2009.

De interne verbindingsfunctie maakt het mogelijk om de gehospitaliseerde geriatrie patiënt buiten de dienst Geriatrie op te vangen. Zo kan men ook het tekort aan geriatriebedden in de ziekenhuizen milderen.

10.03 **Barbara Pas** (Vlaams Belang): De minister erkent dat er een tekort aan geriatriebedden is. Wij kijken uit naar het KB. Ik betreur dat ik geen cijfers kreeg inzake bezettingsgraad en rechtstreekse opnames en de opsplitsing over de Gewesten.

10.04 Minister **Laurette Onkelinx** (Nederlands): We hebben die cijfers niet.

10.05 **Barbara Pas** (Vlaams Belang): De onderbezetting van de diensten en het tekort aan geriatriebedden zijn een teken dat de geriatrie diensten niet de rol vervullen die ze zouden moeten vervullen.

Geriatrische zorg heeft tot doel een zo groot mogelijke levenskwaliteit en autonomie voor de ouderen te behouden of terug te winnen. Het zal de aantrekkingskracht van het beroep van geriater ten goede komen als men bij het onthaal in het ziekenhuis kan uitmaken welke patiënten zeker in de geriatrische afdeling moeten terechtkomen. Het zou ook een serieuze kostenbesparing betekenen in de gezondheidszorg. Nu is één op vijf mensen ouder dan 60 jaar, in 2030 zal dat één op drie zijn. Een doeltreffende organisatie van de geriatrische ziekenhuiszorg zou een prioriteit moeten zijn voor de minister.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van de heer Stefaan Vercamer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aansluiting van personen bij een ziekenfonds of de Hulpkas" (nr. 1628)

11.01 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): De OCMW's worden geregeld geconfronteerd met personen die wel op het grondgebied van de betrokken gemeente verblijven, maar niet in regel zijn met de verplichte ziekteverzekering. Sommigen van hen zijn nauwelijks te bereiken.

Het zich aansluiten bij een ziekenfonds of de Hulpkas wordt beschouwd als een contract. De persoon moet dus zelf die aansluiting uitvoeren. Het OCMW kan hen niet ambtshalve aansluiten. Er zou slechts één uitzondering mogelijk zijn waarbij het OCMW dit wel mag doen, namelijk bij de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS.

Kan die ene uitzondering niet worden veralgemeend tot andere instellingen? Komt dan alleen de Hulpkas in aanmerking of zou het ook kunnen gelden voor de ziekenfondsen?

11.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Elke burger die ingeschreven is in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister, moet zich inschrijven bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bij de Kas voor Gezondheidszorgen van de NMBS of bij een ziekenfonds naar keuze, zodat men recht heeft op de verplichte verzekering voor gezondheidszorgen of invaliditeit.

Er bestaan wel degelijk sociale diensten – onder meer bij de OCMW's – die burgers bijstaan bij het zetten van de nodige administratieve stappen ter zake. Er is dus geen noodzaak om de wet te wijzigen. Indien de wet toch een systeem zou invoeren van ambtshalve inschrijving, kan dit uit respect voor de ideologische neutraliteit uitsluitend gebeuren bij de Hulpkas.

11.03 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): Er is ontegensprekelijk een probleem wanneer personen die niet in orde zijn met hun verplichte aansluiting, onbereikbaar zijn en blijven voor de OCMW's, terwijl die laatste wel moeten opdraaien voor de kosten wanneer de betrokkenen geneeskundige verzorging nodig hebben. Er is dus sprake van een soort vacuüm: het OCMW kan de mensen die het wil helpen, eenvoudigweg niet bereiken, zodat zij permanent niet aangesloten blijven.

11.04 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): De vraag die het voorstel doet rijzen is of men een rechthebbende buiten zijn wil om kan inschrijven. Ik ga niet over een nacht ijs alvorens te antwoorden.

11.05 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): Waarom wordt die ambtshalve aansluiting die wel mogelijk is bij de NMBS, niet mogelijk gemaakt voor de OCMW's?

11.06 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Dat is zeker het geval voor de NMBS met haar werknemers, maar dan in het kader van een overeenkomst. Voor de OCMW's is dat anders.

11.07 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): De klant van het OCMW moet in orde zijn met de verplichte ziekteverzekering. Indien dit niet gebeurt, houdt dit voor de betrokkene en voor het OCMW een groot risico in. Een preventieve aansluiting door het OCMW zou al veel oplossen.

11.08 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Ik heb begrip voor de demarche waarbij een universele dekking mogelijk zou worden gemaakt. Kan men ingaan tegen het principe van de positieve demarche? Laat mij de nodige tijd om daarover na te denken, samen met specialisten op dat gebied, alsook over de budgettaire gevolgen. De stand van zaken zou in de commissie moeten worden onderzocht.

11.09 **Stefaan Vercamer** (CD&V - N-VA): Akkoord!

Het incident is gesloten.

12 **Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het opnieuw op de markt brengen van geneesmiddelen waarvan de houdbaarheidsdatum verstreken is" (nr. 1661)**

12.01 **Josée Lejeune** (MR): Ik heb gehoord dat de apotheker geneesmiddelen kan afleveren waarvan de vervaldatum overschreden is, maar via een etiket op de verpakking met een jaar werd verlengd. Klopt het dat men de houdbaarheidsdatum van geneesmiddelen kan wijzigen? Zo ja, door wie wordt die afwijking toegestaan en onder welke voorwaarden? Welke waarborgen worden er geëist? Waarom zijn de apothekers niet in staat de patiënten gerust te stellen?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Het is inderdaad mogelijk de vervaldatum van een geneesmiddel te wijzigen, zij het onder zeer strikte voorwaarden. Het is de minister of de administrateur-generaal van het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten die beslist een dergelijke afwijking toe te staan. Daar zijn een aantal voorwaarden aan verbonden. Zo moeten de primaire en de secundaire verpakking worden gewijzigd en moet de traceerbaarheid worden gegarandeerd.

De wijziging die aan het aanvankelijke registratiedossier wordt aangebracht, wordt goedgekeurd op grond van de overzending van nieuwe gegevens met betrekking tot de stabiliteitsstudies door de registratiehouder. Om helemaal zeker te zijn kunnen de apothekers contact opnemen met het geneesmiddelenagentschap om de informatie te laten bevestigen.

12.03 **Josée Lejeune** (MR): Ik begrijp dat er tal van voorwaarden zijn waaraan men zich moet houden. In het onderhavige geval gaat het om een cholesterylverlager. Er werd een aanvraag ingediend bij het ministerie, maar men heeft gewoon een sticker op de doos aangebracht waarop de gewijzigde vervaldatum vermeld staat. De apotheker vertelde me dat zulks staande praktijk is.

12.04 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Dat kan paniek zaaien bij de mensen; dat weet ik wel zeker. Ik zal uw vraag doorgeven aan het Geneesmiddelenagentschap.

Het incident is gesloten.

13 **Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Instituut Pasteur van Brussel" (nr. 1695)**

13.01 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mijn vraag is eerder een pleidooi voor het Instituut Pasteur te Brussel. Het is opgericht in 1900 en het werd geleid door een immunoloog die de Nobelprijs geneeskunde heeft gekregen.

Sinds 1 januari 2005 ressorteert het instituut onder de FOD Volksgezondheid. Tegen het advies van twee wetenschappelijke commissies in werd het in 2003 gefuseerd met het WIV, het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Sindsdien is het Instituut Pasteur een van de vier departementen van het WIV. Via een oriëntatienota werd wel enige onafhankelijkheid gegarandeerd. Sedert 2003 is het ook een volwaardig lid van het internationale netwerk van de Pasteurinstututen, dat wereldwijd dertig instituten telt.

Na een audit werd beslist de departementen te vervangen door domeinen en het Instituut Pasteur samen te voegen met het departement Microbiologie van het WIV. Daardoor wordt het voortbestaan van het Instituut Pasteur als herkenbare entiteit op de helling gezet. De oriëntatienota wordt door de huidige directie van het WIV volledig genegeerd. Het instituut is een monument en het zou jammer zijn om het op te doeken. Bovendien speelt het een belangrijke rol in de opleiding van jonge Belgische onderzoekers en kan het putten uit verschillende internationale fondsen.

Is de minister op de hoogte van de implementatie van de audit? Klopt het dat het instituut zou opgaan in het departement Microbiologie van het WIV? Vreest de minister niet dat met het verdwijnen van het instituut het wetenschappelijke imago van ons land beschadigd zal worden? Overweegt de minister maatregelen om het

instituut te laten voortbestaan?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Het gaat om een gevoelig dossier. Ik heb echt bewondering voor het personeel van het Instituut Pasteur. Het is mijn voorganger, en niet ik, die het koninklijk besluit heeft uitgevaardigd.

Naar aanleiding van de fusie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het Instituut Pasteur, alsook van de overheveling van het CODA naar Volksgezondheid, hebben de ministers Demotte en Dupont in september 2005 beslist een audit, het Jennerproject genaamd, te laten plaatsvinden die ertoe strekt de werkverdeling te verbeteren, de kritische massa te vergroten, een goede organisatiestructuur op poten te zetten en de infrastructuur efficiënt te benutten.

Het Jennerproject stoelt op de aanbevelingen van de Wetenschappelijke Raad van het WIV, dat aandrang op een duidelijke herstructurering van alle departementen van het WIV, met inbegrip van het Pasteur Instituut. Een van de projecten die in 2007 werd uitgevoerd heeft betrekking op de fusie van de microbiologiedepartementen van het WIV en het Instituut Pasteur, onder leiding van een stuurgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van beide instellingen.

De doelstelling bestaat erin die aanbevelingen in de loop van 2008 operationeel te maken. Per programma zullen de medewerkers en de infrastructuur van de twee departementen ingebed worden in een zelfde kader en in een enkele van de huidige WIV-sites worden ondergebracht. Terzelfder tijd zullen de algemene diensten van het Instituut Pasteur eveneens fuseren met de centrale diensten van het WIV. De nieuwe operationele directie zal voortaan 135 medewerkers tellen, waaronder 42 wetenschappers, tegen 22 vandaag in het Instituut Pasteur.

In plaats van schade toe te brengen aan het imago van België, zal de fusie integendeel zorgen voor meer middelen, personeel en materiaal, en zal zij de dynamiek van het onderzoek ten goede komen. De onderzoekers van het Instituut Pasteur zullen toegang hebben tot de structuren van de WGO, van de Europese Unie, enz. Van eenvoudige waarnemers zullen zij uitgroeien tot formele leden van de *International Association of Public Health Institutes*, en zij zullen een veel doorslaggevendere rol spelen.

Hun lidmaatschap van het netwerk van de Pasteurinstituten staat niet ter discussie. De directie van het Institut Pasteur van Parijs vindt daar geen graten in, en men heeft het WIV uitgenodigd voor de bespreking van een formeel voorstel van samenwerking met het Réseau international de l'Institut Pasteur.

Ik zal de betrokkenen ontmoeten, hen een en ander nogmaals uitleggen en proberen de vrees weg te nemen. Als het om een naamskwestie gaat, dan kan men er altijd ergens een toevoegen.

13.03 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld) (*Frans*): Hoewel het doel van de operatie mij niet ontgaan is, denk ik dat ze een psychologische impact heeft. Bovendien ben ik bang dat we een deel van de externe inbreng zouden verliezen.

Ik stel voor om de fusie de naam 'Pasteur' mee te geven. Op het terrein heerst er immers ongerustheid. Na de crisis die we hebben gekend, zou het verloren gaan van dat nationale visitekaartje ons imago nog verder aantasten.

Het personeel en de vrienden van het Instituut Pasteur vrezen bovendien dat het onderzoek naar een nieuw vaccin tegen tuberculose niet langer centraal staat, terwijl zo'n vaccin – waar de privésector geen interesse voor heeft – nuttig zou kunnen zijn voor een derde van de bevolking van de ontwikkelingslanden. We zouden de naam "Pasteur" én de bijbehorende filosofie moeten behouden.

13.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik heb deze oplossing onmiddellijk overwogen. Ik zal tegen de vergadering van morgen de mogelijke bezwaren onderzoeken.

Het incident is gesloten.

14 **Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering door de overheid van een 'relais santé' voor mensen die geen toegang hebben tot**

gezondheidszorg" (nr. 1575)

14.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Zoals u weet zal de organisatie Artsen Zonder Grenzen haar medische activiteiten in het Brussels Gewest in april 2008 stopzetten. Deze vereniging heeft immers tot doel bestaande tekortkomingen slechts tijdelijk te verhelpen, waarbij zij de diverse actoren op hun verantwoordelijkheid wijst.

Ondanks het feit dat mensen die illegaal in ons land verblijven nu een betere toegang tot de gezondheidszorg hebben, blijven structuren zoals de regionale gezondheidsantennes van AZG in Brussel, waardoor mensen die uit het zorgcircuit uitgesloten zijn, geholpen en doorverwezen worden, onontbeerlijk. Soortgelijke structuren bestaan in het Waalse Gewest, en daardoor kon AZG haar project in Luik opdoeken.

Ons land werd door het VN-Comité voor economische, sociale en culturele rechten reeds op de vingers getikt wegens zijn tekortkomingen wat het recht op gezondheid van illegalen.

Welke maatregelen neemt u om de antenne van AZG in Brussel te steunen?

14.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De leiding van het wijkgezondheidscentrum van AZG in Brussel heeft inderdaad aangekondigd dat het in april 2008 de deuren zal sluiten. Vooreerst wil ik onderstrepen dat AZG er gedurende al die jaren puik werk heeft verricht; in 2007 waren er maar liefst 5.000 consulten. Tot op heden heeft AZG het project gefinancierd met eigen middelen en niet-recurrente subsidies van de federale en Brusselse overheden.

De structuur, die vijf dagen op zeven van 9 tot 17 uur geopend is en door twee maatschappelijk werkers, een arts en een (deeltijds) psycholoog wordt bemand, kost jaarlijks 200.000 euro. De leiding is vragende partij voor een medisch steunpunt naar Luiks model (medegefinancierd door het Waals Gewest en het OCMW van Luik). In Charleroi werd nog een ander wijkgezondheidscentrum geopend en in 2008 komen er nog twee in Bergen en Verviers.

In Brussel is de vereniging Dokters van de Wereld geïnteresseerd in de overname van het wijkgezondheidscentrum, indien er een duurzame oplossing voor de financiering komt. In Brussel moet zo'n centrum behouden blijven in het kader van de samenwerking met de OCMW's. Een structurele financiering naar Waals model door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Gewest en de Brusselse OCMW's kan worden overwogen.

14.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Als spil van de eerstelijnsopvang van nieuw aangekomen vreemdelingen bevindt Brussel zich in een specifieke situatie. Het wijkgezondheidscentrum van AZG werd vanuit diverse hoeken gefinancierd en ik hoop dat dit initiatief op federale steun kan rekenen, vermits het groter is dan de gewestelijke centra, die ook graag een federale toelage zouden genieten.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Aangezien de heer Mayeur voor de tweede keer afwezig is, wordt zijn vraag nr.1677 geschrapt.

De vraag nr. 1685 van de heer Bellot wordt verdaagd.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.14 uur.

La réunion publique est ouverte à 14 h 22 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la chirurgie bariatrique" (n° 1518)

01.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Une intervention dans le cadre de la chirurgie bariatrique est remboursée si elle satisfait à des critères bien définis. Les diabétiques dont le BMI est compris entre 35 et 40 ne peuvent actuellement pas encore bénéficier d'un remboursement. Le contrôle pondéral représente

pourtant pour ces patients une thérapie parfaitement appropriée. Il se dit qu'un arrêté royal qui doit être publié sous peu permettrait dorénavant le remboursement. Est-ce exact ?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Le comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé une modification de la nomenclature le 10 décembre 2007. Le remboursement peut désormais être accordé aussi aux patients diabétiques dont le BMI est supérieur à 35. En outre, la limite d'âge de soixante ans est supprimée. Il est également mis fin à l'obligation pour le médecin interniste qui participe à la concertation bariatrique de posséder un titre spécial en endocrinologie. L'arrêté royal qui instaurera ces modifications sera promulgué prochainement.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins à domicile pour les patients souffrant de mucoviscidose" (n° 1519)

02.01 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Cette question concerne un groupe de patients très nombreux souffrant de mucoviscidose. L'arrêté royal du 21 mars 2002 règle le remboursement des antibiotiques pour les patients soignés à domicile, de manière à leur permettre de détenir chez eux des quantités d'antibiotiques suffisantes sans devoir sans cesse aller à l'hôpital. Un projet expérimental a été lancé en 2002 et a été prolongé par deux fois depuis, la seconde fois jusqu'au 31 mai 2007. Existe-t-il une évaluation de ce projet ? Ce dernier pourra-t-il encore être prolongé ou, mieux encore, pourrait-il faire l'objet d'une législation appropriée ?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : L'arrêté royal du 21 mars ne précisait pas qu'il s'agissait d'un projet expérimental, de sorte qu'il n'a pas été prévu de procéder à une évaluation formelle. Le Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins fixera les conditions du remboursement des pompes élastomères. Un million d'euros a été inscrit au budget 2008 à cet effet. Depuis le 1^{er} juin 2007, les remboursements sont accordés sans aucune modification, en attendant l'entrée en vigueur de la réglementation générale concernant les pompes.

(*En français*) C'est un de mes projets prioritaires dans le paquet « maladies chroniques », et je voudrais qu'il soit au moins engagé pour Pâques.

02.03 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Je me félicite de ce que la ministre veuille traiter ce dossier prioritairement mais je n'en continue pas moins de craindre la subsistance d'une zone non réglementée dans le cadre de laquelle le remboursement n'est pas possible.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Grâce à l'avenant à la convention, il n'y a pas de problème. Nous essayons d'avoir pour Pâques la réglementation générale, qui est urgente.

02.05 Yolande Avontroodt (Open Vld) : C'est important pour le rapport et pour les patients qui rencontrent des difficultés à propos du remboursement de cette thérapie.

L'incident est clos.

03 Question de Mme Carine Lecomte à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'acquisition de défibrillateurs automatiques" (n° 1521)

03.01 Carine Lecomte (MR) : À Sedan, un footballeur professionnel victime d'un malaise cardiaque a dû son salut à la présence d'un défibrillateur automatique dans le stade.

La loi autorisant l'utilisation des défibrillateurs externes automatiques dans le cadre d'une réanimation date déjà du 12 juin 2006. Pour sécuriser la réanimation, les propriétaires de défibrillateurs doivent respecter des conditions de qualité, de sécurité et de fiabilité. L'arrêté royal fixant les normes et modalités d'application a paru le 18 mai 2007.

Combien d'accidents cardiaques mortels surviennent annuellement lors d'activités sportives ? Disposez-vous d'une cartographie de ces nouveaux défibrillateurs acquis ? Leur répartition est-elle optimale ? De tels appareils sont-ils disponibles dans les transports en commun ? Au-delà du cadre sportif et eu égard au coût de cet appareil, les organisateurs d'événements ne devraient-ils pas tous se doter d'un de ces défibrillateurs ou s'adjoindre une structure qui en possède un ?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les statistiques en ma possession ne me permettent pas de dire combien d'accidents cardiaques mortels surviennent dans le cadre d'une activité sportive. Je peux toutefois vous préciser que, en 2005, trente-trois des neuf mille arrêts cardiaques pour lesquels un véhicule SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) est intervenu ont été enregistrés comme étant survenus pendant l'exercice d'un sport.

Actuellement, 242 défibrillateurs externes automatiques sont enregistrés auprès du SPF Santé publique. On peut se réjouir de la multiplication de ces appareils.

Le *European Resuscitation Council* préconise la mise à disposition d'un défibrillateur lorsque la probabilité d'un arrêt cardiaque est au moins d'une fois tous les deux ans ou si l'endroit concerne plus de 250 personnes par jour durant plus de seize heures, mais le débat concernant les critères à retenir se poursuit parmi les scientifiques. Les commissions d'aide médicale urgente, compétentes pour rendre des avis sur l'encadrement médical des manifestations à risque, élaboreront avant fin 2008 des recommandations relatives aux défibrillateurs externes automatiques. Chaque bourgmestre en fera l'usage qu'il juge adéquat.

03.03 Carine Lecomte (MR) : Dans la province du Luxembourg, vu la carence en établissements hospitaliers, il serait en effet très rassurant, pour les clubs sportifs par exemple, de posséder cette « valisette » dont l'utilisation est sans danger.

L'incident est clos.

04 Question de Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'état d'avancement du dossier Be-Health" (n° 1534)

04.01 Maggie De Block (Open Vld) : *BeHealth* a été porté sur les fonts baptismaux lors du Conseil des ministres du 23 décembre 2004. Il s'agit d'un site portail qui doit fournir toutes les informations sur les applications dans le domaine des soins de santé en Belgique. Il doit contribuer à une transparence et une efficacité accrues, pour le patient comme pour le prestataire de soins. La loi du 27 décembre 2006 a prévu à cet effet la création d'un service fédéral à gestion distincte.

Au niveau de la Flandre, un système informatique de soins de santé a été mis en place le 16 juin 2006 en vue de la collecte et de l'échange de données sur les patients. Pour éviter toute congestion au niveau administratif, la concertation entre les niveaux fédéral et flamand semble aller de soi.

Où en est entre temps *BeHealth*? Quand cette plate-forme sera-t-elle opérationnelle ? Le service fédéral à gestion distincte a-t-il déjà été créé ? La concertation avec le gouvernement flamand a-t-elle déjà eu lieu ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : *BeHealth* est un service au sein du SPF Santé publique qui est chargé de la gestion d'une plateforme de services pour l'échange électronique de données sur les soins de santé. Un arrêté royal doit toutefois encore fixer les règles de gestion et d'exploitation. Le précédent gouvernement avait déjà élaboré un projet d'arrêté royal mais le Conseil d'Etat a estimé que les missions qui y étaient confiées à *BeHealth* étaient trop larges pour un service à gestion séparée et que l'organisation correspond à celle d'un organisme public doté de la personnalité juridique.

Le 1er février, j'ai planifié une réunion avec le ministre compétent pour l'informatisation et avec des responsables de la Banque carrefour, de l'Inami et du SPF Santé publique sur la possibilité de conférer à *BeHealth* le statut d'organisme public doté de la personnalité juridique. Dans ce cas, il conviendra d'élaborer également une réglementation légale pour la composition de l'organe de gestion.

La mission principale de *BeHealth* est la gestion d'un réseau pour l'échange électronique d'informations, un réseau auquel tous les acteurs du secteur des soins de santé devront progressivement être connectés.

Entre-temps, le réseau et les services de base sont opérationnels, bien que certains services soient encore en phase expérimentale. La plate-forme *BeHealth* supporte déjà un certain nombre d'applications concrètes. En l'occurrence, on s'attèle au support de la prescription électronique de médicaments et d'autres données médicales.

Les Régions et les Communautés sont étroitement associées au développement et à la gestion de *BeHealth*, afin de ne pas confronter inutilement les acteurs à des plates-formes électroniques différentes.

04.03 Maggie De Block (Open Vld) : Il s'agit d'un projet de très grande envergure, qui offrira de très nombreuses possibilités. Il faut également saluer l'étroite collaboration avec les Régions et les Communautés. Il importe par ailleurs de conférer à *BeHealth* la forme juridique appropriée.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation permanente de la nomenclature" (n° 1558)

05.01 Maggie De Block (Open Vld) : Cela fait déjà deux législatures que l'on est confronté à ce problème. A l'initiative de cette commission, la loi santé du 27 avril 2005 prévoyait la création d'un comité de contrôle permanent de la nomenclature des soins de santé. Ce comité a-t-il déjà été mis sur pied ? Qui en fait partie ? A-t-il déjà obtenu des résultats ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Ce comité n'a pas encore été créé parce que ses objectifs et son utilité sont encore matière à discussion. Ce comité doit en effet être inséré dans un réseau complexe de comités qui exercent des missions similaires, tels que le Conseil technique médical ou le Conseil scientifique. C'est probablement pour cette raison que le comité n'a pas encore été constitué.

Une réflexion sur la nomenclature des prestations médicales se révélerait certainement utile. Je reprendrai dès lors contact avec les instances chargées de présenter des membres.

05.03 Maggie De Block (Open Vld) : Je regrette la résistance opposée par certains au sein de l'INAMI. Il existe en effet déjà de nombreux comités dont les compétences se chevauchent souvent, mais ceux-ci ne sont jamais parvenus à procéder à un examen adéquat de cette nomenclature totalement dépassée. J'espère que la ministre sera à la hauteur de sa réputation de dame de fer en veillant à ce que ce comité soit enfin mis sur pied.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Zeepreventorium à De Haan" (n° 1561)

06.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Le Préventorium marin du Coq-sur-Mer a pour vocation d'inculquer un mode de vie sain aux enfants obèses. Son financement est garanti par une convention conclue avec l'Inami qui ne prévoit rien ni en matière de prévention, ni en matière de suivi. Conséquence : les enfants qui doivent rentrer chez eux au terme de leur séjour de douze mois maximum plongent souvent dans le désarroi le plus profond. De plus, les listes d'attente pour s'inscrire au Centre sont très longues. Une consultation préalable pourrait avoir pour effet que les enfants ne se laissent pas aller et ne deviennent encore plus gros.

La ministre est-elle disposée à financer aussi un travail de prévention et un suivi ? Ou estime-t-elle qu'il s'agit d'une compétence des Communautés ? Est-elle disposée à dialoguer avec les Communautés à ce sujet ?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*Nederlands*) : Le Préventorium marin du Coq-sur-Mer est financé sur la base d'une convention avec l'INAMI qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2006. Aux termes de cette convention, des enfants souffrant d'obésité et d'autres pathologies peuvent faire l'objet de soins en internat ou de soins ambulatoires. La seule possibilité de traitement ambulatoire s'inscrit dans le cadre de la journée complète de revalidation ambulatoire où le patient passe sept heures dans l'établissement.

La convention prévoit également un grand nombre de journées de réintégration, le patient étant autorisé à rentrer chez lui le week-end pour faciliter le retour à la vie à domicile. Le Préventorium marin peut également affecter partiellement le personnel aux soins de post-cure. La mise en place de formes d'accompagnement d'enfants souffrant d'obésité plus réduites a déjà été préconisée lors de réunions avec l'INAMI. L'Office national n'est pas opposé à ces demandes mais aucun projet concret n'a encore été introduit jusqu'ici.

De futurs projets pourraient se concentrer sur le suivi des personnes, mais aussi sur le traitement précoce de l'obésité naissante. Dans notre pays, la politique tendant à éviter les admissions ressortit à la compétence des Communautés, mais je suis disposée à ouvrir un dialogue à ce sujet. Par ailleurs, le gouvernement tente, par le biais du Plan national pour l'alimentation et la santé, de modifier l'hygiène de vie et les comportements alimentaires des citoyens, afin d'éviter au maximum les admissions.

06.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Je me réjouis d'entendre que la ministre partage mes préoccupations et est disposée à entamer un dialogue avec les Communautés.

L'incident est clos.

07 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les titres professionnels en oncologie" (n° 1578)

07.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Il existe deux visions différentes du titre professionnel 'oncologie médicale'. D'aucuns considèrent que seuls les oncologues peuvent porter ce titre alors que selon d'autres, ce dernier appartient également à l'ensemble des médecins spécialistes d'organes qui traitent les problèmes oncologiques. Le titre professionnel tel qu'il a été conçu initialement correspondait à la première vision.

Un arrêté royal relatif aux différents titres professionnels a paru récemment mais l'arrêté d'exécution qui désigne les instances chargées de l'examen concret des demandes d'agrément n'a pas encore été promulgué. La ministre fera-t-elle encore promulguer cet arrêté d'exécution ? Sait-elle quelle sera la procédure d'agrément dans la pratique ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Mon prédécesseur, M. Donfut, a demandé au Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes de fixer pour le mois de juin 2008 les critères pour chaque spécialité de base susceptible d'obtenir le titre professionnel particulier en oncologie, dont il est question à l'article 2 de l'arrêté royal de novembre 1991.

Le Conseil supérieur a rendu un avis sur la procédure le 13 décembre 2007. Le procès-verbal de cette réunion doit encore être approuvé et je l'attends.

07.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : Le 13 décembre 2007, le Conseil supérieur a estimé à la quasi-unanimité - sauf trois médecins généralistes - qu'il fallait opter pour l'agrément par des commissions de médecins spécialistes d'organes. Je pensais que l'avis du Conseil supérieur serait prêt pour la réunion du 23 janvier. Celle-ci a-t-elle eu lieu ?

07.04 Laurette Onkelinx, ministre : (*en français*) Je vérifierai la date. Je ne dispose toujours pas du procès-verbal.

Je ne suis pas sûre que le contenu de cet avis nous arrangera ; il faudra surtout voir comment nous y réagissons.

07.05 Le président : Nous informerez-vous lorsque vous l'aurez reçu ?

07.06 Laurette Onkelinx, ministre : (*en français*) Oui.

(*En néerlandais*) Je ne manquerai pas de faire parvenir cet avis à la présidente de la commission.

L'incident est clos.

08 Question de M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'attribution des scanners RMN" (n° 1581)

08.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : L'arrêté royal du 25 octobre 2006 du ministre Demotte règle l'attribution de scanners RMN (Résonance Magnétique Nucléaire). Sur cette base, 84 services ont pu être créés: 48 en Région flamande, 27 en Région wallonne et 9 en Région de Bruxelles-Capitale avec, parallèlement, des possibilités offertes aux hôpitaux universitaires. En définitive, les appareils ont été attribués en fonction des admissions de patients dans les hôpitaux concernés.

Il existe en l'espèce une zone grise, étant donné que les règles du programme sont définies en partie au niveau fédéral mais que les Communautés sont compétentes pour l'installation concrète des appareils. C'est ainsi que le ministre flamand Vanackere a récemment décidé de garder quelques temps en réserve l'un des scanners RMN à attribuer. L'appareil était initialement destiné à la clinique Jan Palfijn qui atteignait le nombre requis de 25.000 admissions par an. La clinique a toutefois été absorbée par une association, un réseau de cliniques qui possédait déjà trois scanners. Le ministre a alors décidé de ne pas installer cet appareil supplémentaire. L'arrêté royal prévoit qu'il ne peut y avoir qu'un appareil par service d'imagerie médicale, ce qui, pour le ministre Vanackere, exerce un frein sur les hôpitaux appelés à fusionner. D'où son plaidoyer en faveur de la modification de l'arrêté royal.

Cette matière a-t-elle entre temps fait l'objet d'une concertation entre les niveaux fédéral et flamand ? Avec quels résultats concrets ? Les services du ministre ont-ils déjà examiné l'opportunité de modifier l'arrêté royal en faveur des hôpitaux qui fusionnent ?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Aucune concertation portant sur cette question n'a encore eu lieu avec le ministre flamand. De plus, cette question dépasse le cadre du dossier « Ziekenhuisnetwerk Antwerpen ». La réglementation relative aux scanners RMN qui est en vigueur actuellement est de nature à freiner les projets de fusion qui pourraient être échafaudés à l'avenir. La règle, c'est un scanner par service. Seuls les hôpitaux comptabilisant plus de 35.000 hospitalisations par an ont droit à un second scanner. Les fusions d'hôpitaux qui auraient lieu à l'avenir pourraient amener les établissements concernés à restituer obligatoirement un ou plusieurs scanners. Par ailleurs se pose le problème des établissements dont la demande de programmation a été déclarée recevable mais qui, à la suite d'une fusion, n'entrent plus en considération pour un scanner RMN.

Un remède juridique pourrait être apporté à ce problème en modifiant les normes d'attribution de l'arrêté royal du 25 octobre 2006 mais cela suppose que l'on recueille l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers. Je suis déterminée à analyser et à résoudre le plus vite possible ce problème dans son intégralité.

08.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Je me réjouis que la ministre admette que la législation actuelle peut constituer un frein aux fusions et associations d'hôpitaux. Je prends également acte de l'intention de la ministre de permettre que des modifications soient apportées à l'arrêté royal.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Sarah Smeyers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fertilité des couples belges" (n° 1591)

09.01 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA) : La semaine passée, différents médias ont indiqué qu'un couple sur six avait besoin d'un accompagnement médical pour parvenir à une grossesse. Les futurs parents ne tiennent pas suffisamment compte du fait que le tabac, l'excès de poids et l'âge ont un impact négatif sur la fertilité. De nombreux traitements médicaux pourraient être évités si les gens modifiaient quelque peu leur style de vie sur ces points-là. Mais sont-ils prêts à le faire ?

Le fait d'avoir des enfants revêt une importance que l'on ne peut sous-estimer, compte tenu notamment du vieillissement de la population. Or, on constate qu'aujourd'hui, 80 % des femmes de 28 ans n'ont pas encore d'enfants.

Est-il raisonnable que des couples préfèrent un traitement médical coûteux à un changement de leur mode

de vie ? Que pense la ministre du fait que de nombreux moyens de la collectivité sont dépensés parce que des couples voient dans la FIV une solution de facilité ? La ministre peut-elle y faire quelque chose ? Entend-elle – éventuellement en concertation avec le ministre de l'Emploi – encourager les femmes à avoir des enfants plus tôt en leur offrant des facilités au niveau de la planification de leur carrière professionnelle ? Existe-t-il déjà des projets concrets en ce sens, ainsi qu'un calendrier ?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Le tabac et l'obésité sont à l'origine de nombreux problèmes de santé, dont des problèmes de fertilité. En dépit des campagnes d'information et de prévention détaillées organisées par les pouvoirs publics, des citoyens continuent à fumer.

Je ne pense pas que les femmes négligent consciemment la prévention sachant qu'il existe des thérapies permettant de combattre l'infertilité. Je suis en revanche convaincue qu'elles sont insuffisamment informées des facteurs de risques concernant l'infertilité. Ces informations doivent d'abord leur être fournies par leur médecin. Les pouvoirs publics ont déjà pris diverses mesures. Songeons aux campagnes anti-tabac, aux plans de lutte contre le tabagisme et au plan national d'alimentation et de santé, élaboré en collaboration avec les Communautés et les Régions. Ces campagnes se poursuivront au cours de mon mandat. Je suis convaincue que des informations correctes fournies par des médecins et des travailleurs de la santé peuvent freiner les maladies liées à notre civilisation.

Les traitements contre l'infertilité ne sont pas particulièrement agréables et les patients ont évidemment intérêt à les éviter. Il est en revanche exagéré d'interdire de telles thérapies en raison du mode de vie peu hygiénique du patient, même s'il serait préférable d'utiliser les moyens financiers pour le traitement de certaines maladies inévitables.

La question concernant la planification de carrière des mères potentielles relève de la compétence de M. Piette.

09.03 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA) : Je n'ai pas voulu dire qu'il faut interdire un traitement à certaines personnes parce qu'elles sont soi-disant elles-mêmes responsables du problème. La prévention est cependant très importante mais il s'agit d'une compétence communautaire. Je me félicite que la ministre poursuivra les campagnes et les projets en matière de santé.

L'incident est clos.

10 Questions jointes de

- **Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de gériatres et de lits gériatriques" (n° 1593)**

- **Mme Barbara Pas à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)" (n° 1711)**

Le **président** : Mme Becq ne peut être présente pour poser sa question.

10.01 Barbara Pas (Vlaams Belang) : Une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé révèle l'existence d'une pénurie de gériatres et de lits gériatriques. D'après des calculs effectués en 1985, cinq lits sont nécessaires par mille habitants âgés de plus de 65 ans. Il faudrait disposer aujourd'hui de neuf mille lits, c'est-à-dire un tiers de plus que la disponibilité actuelle.

Dans la pratique, toutefois, il est fréquent que les services de gériatrie soient insuffisamment occupés parce que beaucoup de patients âgés ne sont pas correctement pris en charge dans les hôpitaux. Souvent, le patient gériatrique n'arrive qu'en dernière instance dans le service en question. L'étude montre toutefois l'importance d'une prise en charge gériatrique immédiate dès l'admission et pendant toute la phase aiguë de l'hospitalisation.

Quel était le taux d'occupation moyen des lits gériatriques en 2007 ? Combien d'admissions dans les services gériatriques aigus étaient des admissions directes et a-t-on déjà pris des mesures pour augmenter

leur nombre ? Le Centre d'expertise a élaboré un test permettant aux services d'admission de définir quels patients doivent absolument être pris en charge en gériatrie. Quel rôle jouent les gériatres dans ce cadre ? La ministre estime-t-elle que les médecins de liaison mentionnés dans l'étude doivent être des gériatres ?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : À l'heure actuelle, on est effectivement confronté à une pénurie de lits gériatriques. L'arrêté royal qui porte de cinq à six les lits programmés sera soumis prochainement à la signature royale. Il en résultera une programmation de 6.505 lits gériatriques pour la Flandre, 927 pour Bruxelles et 3.421 pour la Wallonie. Selon les études réalisées, le nombre total de lits est suffisant pour couvrir les besoins de la population jusqu'en 2015. Compte tenu du vieillissement, toutefois, il faudra convertir l'excédent de lits C, D et H en lits G. L'agrément officiel relève de la compétence des entités fédérées.

Pour remédier à la pénurie de gériatres, on a créé le programme de soins pour le patient gériatrique et on a revalorisé les honoraires des gériatres. Des contacts ont été établis avec les facultés de médecine et les hautes écoles. Le Conseil national de l'Art infirmier et la Commission de planification de l'offre médicale ont créé des groupes de travail.

Le programme de soins tient compte de la plupart des observations formulées dans l'avis du Centre d'expertise. En 2007, des activités ont été lancées dans le cadre de 61 hôpitaux de jour gériatriques et 61 fonctions de liaison internes, sous la forme de projets pilotes. En 2008, 23 cliniques de jour et 27 fonctions de liaison supplémentaires seront intégrées à la démarche et une extension sera éventuellement envisagée en 2009.

La fonction de liaison interne permet d'accueillir le patient gériatrique en dehors du service de gériatrie de l'hôpital. La pénurie de lits gériatriques dans les hôpitaux peut ainsi être réduite.

10.03 Barbara Pas (Vlaams Belang) : La ministre reconnaît qu'il existe une pénurie de lits gériatriques. Nous attendons l'arrêté royal avec impatience. Je regrette de ne pas avoir obtenu de chiffres relatifs au taux d'occupation, aux hospitalisations directes et à la répartition entre les Régions.

10.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Nous ne disposons pas de ces chiffres.

10.05 Barbara Pas (Vlaams Belang) : La sous-occupation des services et la pénurie de lits gériatriques indiquent que les services gériatriques ne remplissent pas leur rôle. Les soins gériatriques ont pour but de rendre ou d'assurer aux personnes âgées une qualité de vie et une autonomie aussi grandes que possible. L'attrait de la profession de gériatre sera accru si dès l'accueil à l'hôpital, on peut déterminer quels patients doivent assurément rejoindre le département de gériatrie. Il s'agirait également d'une économie importante en matière de soins de santé. Aujourd'hui, une personne sur cinq a plus de soixante ans ; en 2030, une personne sur trois aura plus de soixante ans. L'organisation efficace des soins gériatriques en milieu hospitalier devrait être une priorité de la ministre.

L'incident est clos.

11 Question de M. Stefaan Vercamer à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'affiliation des personnes à une mutuelle ou à la Caisse auxiliaire" (n° 1628)

11.01 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA) : Les CPAS sont confrontés à intervalles réguliers à des personnes qui, certes, séjournent sur le territoire de leur commune mais ne sont pas en règle du point de vue de l'assurance-maladie obligatoire. Certains sont à peine joignables.

L'affiliation à une mutuelle ou à la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage est considérée comme un contrat. La personne intéressée doit donc procéder elle-même à cette affiliation. Le CPAS ne peut les affilier d'office. Une telle affiliation d'office n'est autorisée à titre d'exception que dans un seul cas : l'affiliation à la Caisse des soins de santé de la SNCB.

Ne serait-il pas possible de généraliser cette exception à d'autres institutions ? Dans la négative, seule la Caisse auxiliaire entre-t-elle en considération ou les mutuelles pourraient-elles également en bénéficier ?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Tout citoyen inscrit au registre de la population ou au registre des étrangers doit s'inscrire auprès de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, de la Caisse des soins de santé de la SNCB ou d'une mutuelle de son choix, de façon à avoir droit à l'assurance obligatoire soins de santé ou invalidité.

Il existe bel et bien des services sociaux – entre autres les CPAS – qui aident les citoyens à accomplir les démarches administratives nécessaires en la matière. Il n'est pas donc pas nécessaire de changer la loi. Si la loi devait quand même instituer un système d'inscription d'office, celle-ci ne pourrait se faire qu'auprès de la Caisse auxiliaire, par respect pour le principe de neutralité idéologique.

11.03 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA) : Il y a incontestablement un problème lorsque des gens qui ne sont pas en ordre en matière d'assurance obligatoire sont et restent inaccessibles pour les CPAS, car ce sont ces mêmes CPAS qui doivent payer l'addition lorsque les personnes concernées ont besoin de soins médicaux. Il y a donc une sorte de vide : le CPAS est incapable d'atteindre les gens qu'il a la volonté d'aider, si bien que ceux-ci restent en permanence non affiliés.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : La question que pose la proposition est de savoir si on peut inscrire un bénéficiaire en dehors de sa volonté. Je ne veux pas y répondre à la légère.

11.05 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA) : Pourquoi cette affiliation d'office est-elle possible à la SNCB et non pour les CPAS ?

11.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : C'est le cas pour la SNCB avec ses travailleurs, certes, mais dans le cadre d'une relation contractuelle. Avec les CPAS, ce n'est pas la même chose.

11.07 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA) : Le client d'un CPAS doit être en règle du point de vue des cotisations obligatoires pour l'assurance-maladie. Si tel n'est pas le cas, l'intéressé et le CPAS s'exposent à des risques importants. Une affiliation préventive par le CPAS permettrait déjà de résoudre de nombreux problèmes.

11.08 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je comprends la démarche qui permettrait une couverture universelle. Peut-on aller contre le principe de la démarche positive ? Laissez-moi le temps d'y réfléchir, en compagnie de spécialistes en la matière, ainsi qu'aux conséquences budgétaires. Il faudrait examiner l'état de la question en commission.

11.09 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA) : D'accord!

L'incident est clos.

12 Question de Mme Josée Lejeune à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réintroduction sur le marché de médicaments dont la date de péremption est dépassée" (n° 1661)

12.01 Josée Lejeune (MR) : Il me revient qu'il est possible de se faire délivrer en pharmacie des médicaments dont la date de péremption est expirée et prolongée d'un an par une étiquette sur l'emballage. Est-il exact que l'on puisse modifier la date de péremption d'un médicament ? Dans l'affirmative, qui octroie cette dérogation et sous quelles conditions ? Quelles sont les garanties exigées ? Pourquoi les pharmaciens ne sont-ils pas en mesure de donner des informations rassurantes aux patients ?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre : (*en français*) Il est effectivement possible de modifier la date de péremption d'un médicament mais les conditions pour ce faire sont très strictes. C'est le ministre ou l'administrateur général de l'Agence fédérale des médicaments ou des produits de santé qui prend la décision d'octroyer cette dérogation. Celle-ci est assortie de conditions. Les emballages primaires et secondaires doivent notamment être modifiés et la traçabilité doit être assurée.

La modification introduite au dossier d'enregistrement initial est approuvée sur la base de la transmission de nouvelles données relatives aux études de stabilité par le titulaire d'enregistrement.

Pour avoir toutes leurs assurances, les pharmaciens peuvent prendre contact avec l'Agence du médicament et se faire confirmer l'information.

12.03 Josée Lejeune (MR) : Je comprends qu'il y a de nombreuses conditions à respecter. Dans le cas présent, il s'agit d'un médicament pour combattre le cholestérol. Une demande a été introduite auprès du ministère mais on a simplement appliqué sur la boîte un autocollant mentionnant la modification de la date de péremption. Le pharmacien m'a indiqué que cela arrivait couramment.

12.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Cela peut faire paniquer les gens, j'en suis persuadée. Je relaierai votre question auprès de l'Agence du médicament.

L'incident est clos.

13 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'Institut Pasteur de Bruxelles" (n° 1695)

13.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Ma question est plutôt un plaidoyer pour l'Institut Pasteur à Bruxelles. Il a été créé en 1900 et était dirigé par un immunologue qui avait obtenu le prix Nobel de médecine.

Depuis le 1er janvier 2005, l'institut relève du SPF Santé publique. Contre l'avis de deux commissions scientifiques, il a été fusionné en 2003 avec l'Institut scientifique de la santé publique. Depuis, l'Institut Pasteur est l'un des quatre départements de l'ISP. Une note d'orientation lui a cependant conféré une certaine indépendance. Depuis 2003, l'Institut est également membre à part entière du réseau international des Instituts Pasteur, qui regroupe trente instituts à travers le monde.

A l'issue d'un audit, il a été décidé de remplacer les départements par des domaines et de fusionner l'Institut Pasteur avec le département de Microbiologie de l'ISP. L'avenir de l'Institut Pasteur en tant qu'entité reconnaissable est ainsi menacé. La note d'orientation a été complètement ignorée par la direction actuelle de l'ISP. L'institut est un monument qu'il serait dommage de voir disparaître. Il joue en outre un rôle important dans la formation des jeunes chercheurs belges et il est autorisé à puiser dans différents fonds internationaux.

La ministre est-elle au courant de la mise en oeuvre de l'audit ? Est-il exact que l'Institut serait englobé dans le département de Microbiologie de l'ISP ? La ministre ne craint-elle pas que la disparition de l'Institut ternisse l'image scientifique de notre pays ? La ministre envisage-t-elle de prendre des mesures pour assurer la pérennité de l'Institut ?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il s'agit d'un dossier sensible. Je voue une réelle admiration au personnel de l'Institut Pasteur. C'est mon prédécesseur, et non moi, qui a pris l'arrêté royal.

À la suite de la fusion de l'Institut de santé publique (ISP) et de l'Institut Pasteur, ainsi que du transfert du CERVA à la Santé publique, les ministres Demotte et Dupont ont décidé en septembre 2005 d'organiser une radiographie, le projet Jenner, dont l'objet est d'améliorer la répartition du travail, d'augmenter la masse critique, de mettre en place une bonne structure organisationnelle et d'utiliser efficacement l'infrastructure.

Le projet Jenner s'est appuyé sur les recommandations du Conseil scientifique de l'ISP, qui insistait sur une restructuration claire de tous les départements de l'ISP, y compris Pasteur. Un des projets mis en oeuvre en 2007 porte sur la fusion des départements de microbiologie de l'ISP et de Pasteur, dirigé par un groupe de pilotage composé de représentants des deux institutions.

L'objectif est d'opérationnaliser ces recommandations courant 2008. Par programme, les collaborateurs et les infrastructures des deux départements seraient intégrés dans un même cadre et sur un seul des sites actuels de l'ISP. Dans le même temps ; les services généraux de Pasteur seront aussi fusionnés avec les services centraux de l'ISP. La nouvelle direction opérationnelle comptera désormais 135 collaborateurs dont 42 scientifiques, contre 22 actuellement à l'Institut Pasteur.

Loin de porter préjudice à l'image de la Belgique, la fusion augmentera les moyens et les ressources humaines et matérielles, ainsi que le dynamisme de la recherche. Les chercheurs de l'Institut Pasteur auront accès aux structures de l'OMS, de l'Union européenne, etc. De simples observateurs, ils deviendront membres formels de l'*International Association of Public Health Institutes*, et leur rôle deviendra beaucoup plus déterminant.

Leur appartenance au réseau des Instituts Pasteur n'est pas remise en cause. La direction de l'Institut Pasteur de Paris n'y a vu aucun inconvénient, et l'ISP vient d'être invité à discuter une proposition de collaboration formelle avec le Réseau international de l'Institut Pasteur.

Je vais rencontrer les intéressés, expliquer une nouvelle fois les choses et tenter de dissiper les craintes. Si c'est une question de nom, on peut en ajouter un quelque part.

13.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : *(en français)* Je comprends le but de l'opération, mais je crois l'impact est d'ordre psychologique, et je crains la perte de certains apports extérieurs.

Je propose que la fusion se fasse sous le nom de Pasteur, car les acteurs de terrain sont inquiets, et perdre cette carte de visite nationale contribuerait encore à ternir notre image, après la crise que nous avons connue.

Le personnel et les amis de l'Institut Pasteur craignent en outre que l'accent ne soit plus mis sur la recherche d'un nouveau vaccin contre la tuberculose, qui concerne un tiers des gens des pays en voie de développement et n'intéresse pas le privé. Il faudrait conserver à la fois le nom et la philosophie « Pasteur ».

13.04 Laurette Onkelinx, ministre : *(en français)* C'est une solution qui m'est immédiatement venue en tête. J'examinerai les éventuelles objections d'ici la réunion de demain.

L'incident est clos.

14 Question de Mme Zoé Genot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement public d'un « relais santé » pour les exclus des soins" (n° 1575)

14.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!) : Comme vous le savez, Médecins sans frontières va arrêter ses activités médicales en Région bruxelloise en avril 2008, car l'association a pour vocation de ne combler que temporairement les manques, tout en mettant les différents acteurs face à leurs responsabilités.

Or, malgré les améliorations de l'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier, une structure telle les relais santé de MSF à Bruxelles, qui permet d'aiguiller et d'aider les exclus des soins, reste indispensable. Ce type de structure existe en Région wallonne et a permis à MSF de fermer son projet à Liège.

Notre pays a déjà été rappelé à l'ordre par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies pour ses lacunes en matière de droit à la santé pour les personnes en séjour irrégulier.

Que prévoyez-vous pour soutenir le relais santé mis en place par MSF à Bruxelles ?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les responsables du relais santé MSF de Bruxelles ont effectivement annoncé leur intention de ne plus gérer ce relais à partir d'avril 2008. Avant tout, je dois souligner la qualité du travail effectué pendant de nombreuses années dans ce cadre ; 5.000 contacts-patients ont eu lieu en 2007. Jusqu'ici, MSF a financé ce projet sur ses fonds propres et des subventions non récurrentes d'autorités publiques fédérales et bruxelloises.

La structure, ouverte 5 jours sur 7 de 9h à 17h et composée de deux assistants sociaux, d'un médecin et d'un psychologue (à mi-temps), coûte annuellement 200.000 euros. Les responsables souhaitent un relais santé sur le modèle liégeois (cofinancé par la Région wallonne et le CPAS de Liège). Un autre relais santé s'est ouvert à Charleroi et deux autres sont prévus en 2008 à Mons et Verviers.

A Bruxelles, l'association Médecins du monde est intéressée par la reprise du relais santé s'il y a une solution durable de financement. Un tel relais doit être maintenu à Bruxelles dans le cadre d'une collaboration avec les CPAS. Un financement structurel pourrait être envisagé au niveau de la Commission communautaire commune de la Région et des CPAS bruxellois, suivant le modèle wallon.

14.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!) : Bruxelles est dans une situation particulière, en tant que plaque tournante de l'accueil en première ligne des nouveaux arrivants. Le financement du centre de MSF avait diverses provenances et j'espère que cette initiative pourra compter sur un soutien fédéral, vu son ampleur supérieure à celle des centres régionaux, qui seraient aussi heureux de bénéficier d'une enveloppe fédérale.

L'incident est clos.

Le **président** : M. Mayeur ayant été absent deux fois, sa question n° 1677 est supprimée.

La question n° 1685 de M. Bellot est reportée.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 14.