

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 29 JANUARI 2008

Namiddag

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

du

MARDI 29 JANVIER 2008

Après-midi

La séance est ouverte à 14.22 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

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

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de terugbetaling van de bariatrische chirurgie is in sommige omstandigheden een feit. Naar verluidt, zouden alle diabetespatiënten met een BMI hoger dan 35 maar lager dan 40 uitgesloten zijn van het recht op terugbetaling. U weet, zoals ik, dat dit een categorie van patiënten is voor wie het onder controle houden van het gewicht een van de meest voor de hand liggende therapieën is. Ik was dan ook erg verbaasd toen mij dat ter ore kwam.

Vandaar, mevrouw de minister, dat ik u vraag de nationale en internationale consensus daaromtrent in de praktijk te brengen en te respecteren.

Men heeft mij gezegd dat er een nieuw KB wordt voorbereid die de terugbetaling toch mogelijk maakt. Mevrouw de minister, wat is de stand van zaken in deze aangelegenheid.

01.02 Minister Laurette Onkelinx: Na de inwerkingtreding van de huidige nomenclatuur voor de prestaties van bariatrische heelkunde, heeft het verzekeringscomité van het RIZIV tijdens de zitting van 10 december 2007 een wijziging goedgekeurd van deze nomenclatuur die ertoe strekt deze open te stellen voor diabetisch patiënten met een BMI gelijk aan of hoger dan 35 en het opheffen van de leeftijdsgrens van 60 jaar. De vereiste dat de geneesheerinternist een bijzondere beroepstitel endocrinologie moet hebben om aan het bariatrisch overleg te kunnen deelnemen, zal eveneens worden opgeheven.

Deze notulen werden op de vergadering van het verzekeringscomité van 28 januari goedgekeurd en een ontwerp van KB zal mij dus zeer binnenkort worden voorgelegd. Zonder u een exacte datum te kunnen vooropstellen, kan ik u verzekeren dat deze nomenclatuuriwijziging zo snel mogelijk in het Belgisch Staatsblad zal worden bekend gemaakt.

01.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor het antwoord. Natuurlijk, als het gisteren pas is goedgekeurd is, op 28 januari, dan kunnen wij niet op de hoogte zijn van het antwoord op deze vraag. Wij hebben er ook wat mee gewacht, mevrouw de minister, tot wij een minister hadden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de minister, dit gaat over een andere, ook heel grote, groep patiënten, de mucoviscidosepatiënten. Het koninklijk besluit ter zake dateert van 21 maart 2002. Het regelt precies de terugbetaling van antibiotica voor mucopatiënten, maar dan wel patiënten die thuis worden verzorgd.

Het koninklijk besluit laat toe dat die patiënten op een betaalbare manier zelf hun antibiotica kunnen regelen. Zij kunnen er zelf voor zorgen dat zij voldoende antibiotica in huis hebben zonder dat zij daarvoor steeds naar het ziekenhuis moeten gaan, wat toch een van de pijlers is van de thuiszorg.

Een initiatief dat werd gestart in 2002 is later verlengd tot een periode van 3 jaar. Het is intussen reeds twee keer verlengd, wat vaker gebeurt met piloot- of proefprojecten. De laatste keer is het verlengd tot 31 mei 2007.

Vandaar, mevrouw de minister, mijn vragen. Is er al een evaluatie beschikbaar? Kan de verlenging van het proefproject worden hernieuwd? Of nog beter, kan men het wel degelijk in een wettelijke regeling opnemen?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, ten eerste, daar het KB van 21 maart 2002 niet preciseerde dat het om een proefproject in de strikte zin van het woord ging, werd niet in een formele evaluatie voorzien. Op basis van de beschikbare gegevens zullen door de Technische Raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen de terugbetalingsvoorwaarden voor elastomere pompen worden vastgelegd. Voor de vergoeding van deze pompen is in het budget van 2008 1 miljoen euro op jaarbasis uitgetrokken. Door het toedienen van geneesmiddelen met behulp van deze pompen zal het dus mogelijk zijn dat deze patiënten thuis worden verzorgd.

Ten tweede, vanaf 1 juni 2007 worden de tegemoetkomingen waarin was voorzien in het KB van maart 2002 ongewijzigd toegekend via een bijakte aan de overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen. Dit houdt in dat er niets wijzigt voor de patiënten, de apothekers en de ziekenfondsen. Deze tegemoetkoming blijft gelden tot de inwerkingtreding van een algemene reglementering voor het terugbetalen van pompen voor het ambulant toedienen van geneesmiddelen. De modaliteiten van deze nieuwe terugbetaling zullen worden uitgewerkt door de Technische Raad voor diagnostisch middelen en verzorgingsmiddelen.

Il s'agit d'un de mes projets prioritaires, notamment dans le paquet "maladies chroniques". Je voudrais que ce soit sinon terminé, en tout cas bien engagé pour Pâques. Toute une série de choses ont été prévues pour diminuer la facture des malades chroniques et ceci en fait partie.

02.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Ik dank de minister, zeker voor de intentie die zij heeft om dit prioritair te behandelen. Ik stel gewoon de vraag in welk vacuüm men nu vertoeft want ik lees in het KB dat dit werd verlengd tot 31 mei 2007. Wij zijn nu echter al begin januari 2008. Ik vraag mij af of er nu al dan niet een vacuüm is waarin de terugbetaling niet mogelijk is.

02.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Non, il n'y a pas de problème grâce à l'avenant à la convention. Rien ne change, il n'y a aucun problème sur le terrain pour le moment. Je suis d'accord avec vous sur le fait qu'il faut d'urgence une réglementation générale. C'est la raison pour laquelle nous essayons de l'avoir pour Pâques.

À l'heure actuelle, on me dit qu'aucun problème n'est lié à la procédure particulière que vous avez évoquée, et qui est réelle.

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

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

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 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): Madame la présidente, madame le ministre, un footballeur professionnel s'est effondré sur la pelouse de Sedan, dans les Ardennes françaises, victime d'un malaise cardiaque lors d'un match qu'il disputait au mois de janvier 2008. Il a dû son salut à la présence d'un défibrillateur de nouvelle génération, autrement dit "automatique".

De nombreux sportifs sont victimes d'attaques cardiaques. La France déplore 500 morts subites par an dans les stades. En province du Luxembourg, pas une seule année ne s'écoule sans que le monde du sport soit endeuillé par un décès foudroyant survenu au cours d'un match.

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 optimale d'un patient ayant subi un arrêt cardiaque, 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 est paru le 18 mai 2007.

Madame la ministre, pourriez-vous m'informer du nombre d'accidents cardiaques mortels qui surviennent annuellement lors d'activités sportives?

Disposez-vous d'une cartographie reprenant l'ensemble de ces nouveaux défibrillateurs acquis? Leur répartition semble-t-elle suffisamment 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 - environ 1.600 euros -, ne considérez-vous pas comme une évidence que tous les organisateurs d'événements se dotent d'un de ces nouveaux défibrillateurs ou, à tout le moins, s'adjoignent une structure qui en possède un?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, les statistiques en ma possession ne me permettent pas de dire de manière précise combien d'accidents cardiaques mortels surviennent dans le cadre d'une activité sportive. Il est devenu évident qu'un certain nombre de morts subites de l'adulte jeune ne sont pas d'origine cardiaque mais neurologique, à savoir dues à une rupture d'anévrisme cérébral. Dans ce cas, seule une autopsie permet le diagnostic formel. Nous disposons cependant des statistiques des missions pour lesquelles un SMUR a été sollicité. Le nombre d'arrêts cardiaques explicitement signalé comme survenant pendant l'exercice d'un sport dans l'enregistrement des missions d'un véhicule SMUR était en 2005 de 33 sur un total d'environ 9.000 arrêts cardiaques enregistrés.

Mon administration possède la liste des défibrillateurs ayant fait l'objet d'une déclaration conformément aux dispositions de l'arrêté royal d'avril 2007 qui fixe les normes de sécurité et les autres normes applicables aux défibrillateurs externes automatiques utilisés lors d'une réanimation. Actuellement, 242 défibrillateurs externes automatiques sont enregistrés auprès du SPF Santé publique. Une minorité de ces défibrillateurs enregistrés sont mis à la disposition du public, notamment par des firmes privées. Les autres appareils se trouvent dans les moyens de l'aide médicale urgente et sont également sujets à l'obligation d'enregistrement.

L'installation de défibrillateurs externes automatiques est donc en phase de développement rapide, ce dont on peut se réjouir. Les scientifiques débattent des critères permettant de déterminer dans quels endroits il convient de placer ces appareils dont le coût diminue mais dont l'entretien et la sécurité doivent être assurés de manière irréprochable. L'European Resuscitation Council, autorité scientifique reconnue dans le domaine, préconise la mise à disposition d'un défibrillateur lorsque la probabilité d'assister à 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.

Ces éléments de probabilité sont un peu techniques au regard de l'émotion légitime des témoins de ces morts subites mais chacun comprendra qu'il n'est pas raisonnable d'implanter ces appareils dans des endroits où leur usage serait rarissime. Il faut faire des choix et pour cela, il faut appliquer des normes.

Les commissions d'aide médicale urgente sont compétentes pour rendre des avis sur l'encadrement médical des manifestations à risque. Les recommandations de la mise à disposition des défibrillateurs externes automatiques (DEA) y sont en cours d'évaluation. Celles-ci doivent voir le jour avant fin 2008. Toutefois les avis de ces comités à l'autorité administrative locale ne sont que des avis et c'est à chaque bourgmestre d'en faire l'usage qu'il juge adéquat.

03.03 Carine Lecomte (MR): Je remercie la ministre pour cette réponse extrêmement complète. Il est vrai que, dans ma province, celle du Luxembourg, il serait extrêmement rassurant, même pour les clubs sportifs, de posséder cette "valisette", étant donné notre carence en établissements hospitaliers. La manipulation de ces "valisettes" que sont ces défibrillateurs automatiques comporte peu de risques dans le chef de l'utilisateur. En effet, c'est la machine qui détecte s'il y a lieu ou non d'agir. Ce matériel nous serait d'un grand secours.

L'incident est clos.

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 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): Mevrouw de minister, op 23 december 2004 gaf de Ministerraad groen licht voor Be-Health. Dat prestigieuze platform, waardoor via een portaalsite alle informatie en toepassingen van de gezondheidszorg elektronisch beschikbaar zullen worden gesteld, zowel van gezondheidsverstrekkers als van patiënten, zou België moeten toelaten om de gezondheidszorg efficiënter en transparanter te maken. Een wetsontwerp was tijdens de vorige legislatuur, door uw collega-minister Demotte, in voorbereiding.

De wet van 27 december 2006 voorziet in de oprichting van een staatsdienst met afzonderlijk beheer, Be-Health. Ondertussen heeft men in Vlaanderen ook niet stilgezeten en werd daar, met het decreet van 16 juni 2006, een gezondheidsinformaticasysteem goedgekeurd, waardoor Vlaanderen op legistiek vlak een basis heeft gecreëerd voor de uitwisseling van patiëntengegevens en het verzamelen van gezondheidsgegevens.

Gelet op het feit dat Vlaanderen heeft gekozen voor een aanpak die vergelijkend is met die van de federale overheid, lijkt het toch aangewezen om overleg te plegen met betrekking tot de concrete uitvoering. Op die manier kan voor de zorgverstrekkers immers veel administratieve overbelasting worden vermeden. Zorgverstrekkers die mogelijk met beide wetgevingen te maken krijgen.

Ik heb de volgende vragen.

Mevrouw de minister, wat is de stand van zaken in het wetgevend initiatief inzake Be-Health? Wanneer denkt u het te kunnen indienen?

Wat is de stand van zaken in de oprichting van de staatsdienst met afzonderlijk beheer voor Be-Health? Is die al opgericht? Zo niet, wordt hij opgericht? Wanneer?

Werden er nog andere praktische stappen gezet in dit dossier, in het kader van de voorbereiding?

Werd er reeds overleg gepleegd met Vlaanderen met betrekking tot de concrete uitvoering en de afstemming van de beide systemen op elkaar?

04.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, Be-Health is inderdaad als staatsdienst met afzonderlijk beheer opgericht binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Het is met name belast met het beheer van een dienstenplatform voor de elektronische uitwisseling van gezondheidszorggegevens. Een KB moet evenwel de opdrachten en de nadere regels voor het beheer en de exploitatie van Be-Health preciseren.

Door de vorige regering werd ter zake een reeks ontwerpen van KB uitgewerkt en ter advies voorgelegd aan de Raad van State. De Raad oordeelde evenwel dat de opdrachten die in de ontwerpen aan Be-Health

zouden worden toegewezen, de opdrachten overstijgen die normalerwijze worden toevertrouwd aan een dienst met afzonderlijk beheer en dat de uitgetekende organisatie overeenkomt met deze van een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid.

Ik organiseer trouwens op 1 februari een vergadering met de minister bevoegd voor Informatisering en Administratieve Vereenvoudiging, de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid over de opportuniteit om aan Be-Health het statuut van openbare instelling met rechtspersoonlijkheid toe te kennen. Indien we voor dit statuut kiezen, zal er een wettelijke regeling dienen uitgewerkt te worden over onder meer de samenstelling van het beheersorgaan van Be-Health. Welke ook de rechtsvorm is die Be-Health zal aannemen, er zal over moeten worden gewaakt dat de verschillende actoren uit de sector van de gezondheidszorg in een geest van openheid en transparantie nauw betrokken worden bij de werking ervan.

Ten derde, de basisopdracht van Be-Health bestaat erin om een netwerk te beheren met een aantal basisdiensten waarop alle actoren uit de gezondheidszorgsector – zorgverstrekkers, zorginstellingen, ziekenfondsen, FOD Volksgezondheid, RIZIV, overheidsdiensten op het niveau van de Gemeenschappen en de Gewesten, patiënten – geleidelijk aan worden aangesloten om volgens algemeen geldende ICT-standaarden op een goed beveiligde manier, met respect voor de persoonlijke levenssfeer, onderling informatie elektronisch te kunnen uitwisselen. Be-Health zal zelf geen inhoudelijke informatie opslaan. De basisdiensten zijn, bijvoorbeeld, een systeem voor gebruikers- en toegangsbeheer, een systeem voor de organisatie van gegevensuitwisselingsprocessen, een verwijzingsrepertorium, een portaalomgeving, een systeem voor onafhankelijke, elektronische datering, een systeem voor codering en het anoniem maken van informatie, de nodige beveiligingsdiensten en een persoonlijke elektronische brievenbus voor elke zorgverstrekker.

Het netwerk en de vermelde basisdiensten zijn inmiddels omzeggens allemaal operationeel, zij het sommige nog in een testfase. Het Be-Healthplatform ondersteunt vandaag ook reeds een aantal concrete toepassingen zoals het voeden en raadplegen van het nationaal kankerregister door de daartoe gemachtigde zorgverstrekkers, de elektronische geboorteaangifte door ziekenhuizen – in test bij twee ziekenhuizen – en het elektronisch bestellen van voorschrijfbriefjes voor geneesmiddelen.

Daarenboven wordt gewerkt aan de ondersteuning van het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift in ziekenhuizen of in de ambulante sector, het elektronisch toesturen van de medische evaluatie van gehandicapten, een aantal processen van gegevensuitwisseling voor het verkrijgen van toestemmingen van adviserende geneesheren van de ziekenfondsen en het elektronisch doorgeven van informatie aangaande de effectiviteit van de verstrekte zorg aan de ziekenfondsen en het RIZIV.

Ten slotte, door de Gewesten en de Gemeenschappen nauw te betrekken bij de verdere uitbouw en het beheer van Be-Health wordt ervoor gezorgd dat de actoren in de gezondheidssector niet onnodig worden geconfronteerd met verschillende elektronische platforms voor het gebruik van diensten, uitgewerkt door verschillende overheidsniveaus. Het ligt dan ook in mijn bedoeling om daaromtrent nauw overleg te plegen met de Gemeenschappen en de Gewesten, en dat in het kader van de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

04.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik denk dat dat toch wel een enorm project te noemen is. Ik dank u ook voor de opsomming van al die taken. Voor wie er een beetje in thuis is, zal het een immens aantal mogelijkheden creëren.

Ik ben blij dat u zegt dat u zult overleggen met de Gemeenschappen en de Gewesten bij de volgende interministeriële conferentie. Ik verwacht dan inderdaad meer nieuws, nadat het overleg heeft plaatsgevonden.

Ik denk dat het ook belangrijk is te weten welke rechtsvorm de grote structuur Be-Health zal moeten aannemen. De Raad van State heeft daaraan veel aandacht geschonken. Onder meer ook wegens het groot pakket aan taken is het belangrijk dat Be-Health in de toekomst de juiste rechtsvorm zal krijgen. Ik begrijp wel dat dat bij uw voorganger tot een aantal maanden vertraging heeft geleid.

Ik dank u alleszins voor uw uitvoerig antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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 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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook deze vraag heeft betrekking op een omvangrijk dossier en handelt over een problematiek die al twee legislaturen meegaat. Enkele van de oudere collega's zullen dit nog weten. Na mijn vraag aan minister Vandenbroucke werd in deze zaal het initiatief genomen tot oprichting van een comité voor de permanente doorlichting van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging.

Dit werd opgenomen in de gezondheidswet van 27 april 2005 en ook goedgekeurd. Het was de bedoeling om de honoraria op permanente wijze te evalueren en de terugbetaling van de prestaties onder de loep te nemen. De wettelijke basis werd in die wet gelegd. Ik heb deze vraag al eens aan gesteld aan uw voorganger, minister Demotte, maar hij heeft mij toen gezegd dat men bezig was met de oprichting.

Ik wil dezelfde vraag nu aan u stellen. Is het comité reeds opgericht? Welke personen maken deel uit van het comité? Zo ja, werden er al resultaten bereikt?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, tot op heden werd dit comité nog niet geïnstalleerd in de schoot van het RIZIV. Ik stel vast dat er talrijke vragen bestaan over de doelstellingen en het nut van het comité. Het wordt ingevoegd in een redelijk complex netwerk van comités die taken vervullen die wellicht niet gelijkaardig zijn maar er toch dicht bij aanleunen, zoals de Technisch Geneeskundige Raad of de Wetenschappelijke Raad.

Dit verklaart waarschijnlijk waarom tot op heden de samenstelling van dit comité niet kon worden afgerond. Men beschikt niet over voorstellen met het oog op de volledige samenstelling.

Samen met u ben ik overtuigd van het nut van een ruime denkoefening inzake de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. In deze context kan het nut van dit comité dan ook niet in vraag worden gesteld. Ik zal de verschillende instanties die belast zijn met het voorstellen van de leden ter samenstelling van dit comité opnieuw ondervragen.

05.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, als u uw schouders onder iets zet, doet u dat met de nodige aandacht en ernst en ik weet dat u vaak uw zin krijgt als bevoegde minister. Dat is de reputatie die u eer aandoet.

Toch betreur ik de huidige gang van zaken. We weten dat er binnen het RIZIV tegenwerking is. De oprichting van dit comité is evenwel nodig want het kluwen van bestaande comités – daar ben ik het volledig met u eens – met soms rakende, soms overlappende bevoegdheden, is er nooit in geslaagd die volledig verouderde nomenclatuur adequaat door te lichten. Daarom juist was dit comité nodig. Zij argumenteren nu "het comité is niet nodig want wij zijn er hier mee bezig". Ze blijven ermee bezig en er komen geen resultaten. Er is misschien genoeg input – ik twijfel niet aan de werkkraft van die mensen, ik ben er niet bevoegd voor – maar de outcome is er niet. Dat is de reden waarom we bij het eerste voorstel – acht jaar geleden – al hebben geargumenteed om daar werk van te maken.

Ik denk dat u uw reputatie van harde tante bij het RIZIV zult moeten weten waar te maken om dit comité voor herijking van de nomenclatuur er door te krijgen. Ik wens u veel succes en ik zal het zeker van nabij opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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 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): Mevrouw de minister, het Zeepreventorium in De Haan leert kinderen met obesitas opnieuw een goede gezonde levensstijl aan. Het leert plezier te hebben in beweging, en ook plezier te beleven aan gezonde voeding. De kinderen blijven er maximaal 12 maanden. Na die 12 maanden vallen de meeste van die kinderen wel in een zwart gat.

De financiering van het centrum gebeurt door middel van een conventie die wordt afgesloten met het RIZIV. Die conventie laat noch preventie noch nazorg toe. Nochtans zou regelmatig contact met het Zeepreventorium na de behandeling ook belangrijke resultaten kunnen opleveren. Na het verblijf in het Zeepreventorium is er altijd een terugval, het zwarte gat. Die terugval zou men binnen de perken kunnen houden als men meer via nazorg werkte.

De wachtlijsten zijn meestal zeer lang. Een consult voor het verblijf van start gaat, kan vermijden dat kinderen zich laten gaan en nog dikker worden. Het RIZIV financiert de preventie en nazorg niet, omdat die zouden behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Mevrouw de minister, bent u bereid in de toekomst ook de preventie en de nazorg te financieren, om zo de resultaten die de jongeren bereiken, en de nieuwe leefgewoonten die hen zijn aangeleerd, te bestendigen in een zorgcontinuüm? Indien u van mening bent dat de preventie en de nazorg behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen, bent u dan bereid in dialoog te treden met de Gemeenschappen en de Gewesten teneinde te voorzien in de financiering van de preventie en de nazorg?

06.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, het Zeepreventorium in De Haan wordt inderdaad gefinancierd op basis van een overeenkomst die gesloten is met het RIZIV. Die overeenkomst is tot stand gekomen in overleg tussen de inrichting, enerzijds, en de administratie en de beheersorganen van het RIZIV, anderzijds. Deze overeenkomst is in werking getreden op 1 januari 2006. Krachtens die overeenkomst kan het Zeepreventorium in De Haan niet alleen kinderen met obesitas en kinderen die aan andere pathologieën lijden, in internaatverband ten laste nemen, maar deze patiënten ook ambulante behandelen. De enige mogelijkheid die momenteel voor ambulante behandeling is voorzien is de volledige ambulante revalidatiedag die de aanwezigheid van de patiënt gedurende zeven uur in de inrichting vereist. Andere ambulante vormen van nazorg zijn in de overeenkomst niet expliciet opgenomen.

De overeenkomst voorziet eveneens een ruim aantal re-integratiedagen, gemiddeld 104 per patiënt en per jaar, tijdens dewelke een patiënt voor enkele dagen, bijvoorbeeld een weekend, naar zijn thuismilieu terugkeert. Deze re-integratiedagen zijn onder meer bedoeld om de terugkeer van de inrichting naar het thuismilieu geleidelijk te laten verlopen en de patiënt hierop voor te bereiden met als doel het zwarte gat waarvoor u waarschuwt te vermijden en dus ook te vermijden dat de resultaten van de opname in het Zeepreventorium verloren gaan.

Dat de overeenkomst verder niet expliciet in andere vormen van nazorg voorziet, sluit overigens niet uit dat het Zeepreventorium het personeelskader waarover het beschikt en dat via de overeenkomst met het RIZIV wordt gefinancierd, hiervoor toch gedeeltelijk aanwendt. Bovendien heeft het Zeepreventorium voor zover ik weet nooit een project ingediend bij het RIZIV om andere vormen van begeleiding van kinderen met obesitas uit te bouwen naast wat de overeenkomst nu al voorziet.

De voorbije maanden hebben echter op het RIZIV wel enkele vergaderingen plaatsgevonden omtrent de aangewezen behandeling van kinderen met obesitas. Op die vergaderingen was het Zeepreventorium aanwezig. Tijdens die vergaderingen is door diverse aanwezigen meermaals gepleit voor de uitbouw van andere, lichtere formules voor de begeleiding van kinderen met obesitas, naast de huidige opname in internaatverband.

Het Zeepreventorium liet toen ook weten dat het voor voornoemde formules vragende partij zou zijn.

Op voornoemde vraag werd door de bevoegde RIZIV-instanties niet negatief gereageerd. Een concreet project ter zake heeft het Zeepreventorium tot nu toe echter niet ingediend.

Dat er in de toekomst in het kader van de overeenkomst met het RIZIV of in een geschikter kader andere formules voor de begeleiding van kinderen met obesitas worden uitgebouwd, is dus zeker niet uitgesloten. Dergelijke formules zouden zich niet alleen op nazorg kunnen richten, maar zouden ook in een gepaste, vroegtijdige behandeling van kinderen met obesitas kunnen voorzien, teneinde te vermijden dat de problematiek zo ernstig wordt dat alleen een opname in internaatverband nog soelaas kan bieden.

In dat opzicht gaat het hier dus ook om het voorkomen van opnames. Dat behoort in ons land echter tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Indien de algemene preventie momenteel onvoldoende is uitgebouwd, ben ik bereid over dat punt een dialoog met de Gemeenschappen aan te gaan.

Afsluitend wens ik nog te herinneren aan de inspanningen van de federale regering ter zake via het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan dat ertoe strekt de levens- en voedingsgewoonten van onze medeburgers te wijzigen, precies met het oog op het bereiken van dezelfde doelstellingen inzake volksgezondheid en om op die manier de opnames in dergelijke inrichtingen te voorkomen.

06.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik merk eens te meer dat u het dossier goed kent.

Ik vernam een aantal nieuwe elementen, waarvoor ik u dank.

Ik verneem met plezier dat er ook wordt geijverd, opdat de obesitaspatiëntjes de zwakten van ons versnipperd gezondheidsbeleid niet zouden ervaren.

U verwijst terecht naar het Voedingsplan en naar een dialoog met de Gemeenschappen. Het Voedingsplan heb ik gelezen. Ik merk dat u, net zoals ik, bekommerd bent.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de voorzitter, misschien even over de orde van de werkzaamheden. Collega della Faille, u had nog een vraag over Neder-over-Heembeek?

07.02 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Ik heb die vraag ingetrokken. Ik had ze gesteld in de maand november maar ondertussen is daarop al een antwoord gekomen.

07.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, collega's, mijn vraag gaat over de beroepstitel medische oncologie.

Er zijn twee uiteenlopende visies inzake medische oncologie. Enerzijds zijn sommigen van mening dat alleen oncologen de titel van medisch oncoloog kunnen dragen en zich ook met al die problemen zouden moeten bezighouden. Volgens andere strekkingen moeten alle orgaanspecialisten die zich met oncologische problemen bezighouden, die problemen ook oncologisch kunnen opvolgen.

De beroepstitel medische oncologie, zoals vroeger geconcipeerd, is nogal verengend en wil uitsluitend een titel toekennen aan diegenen die niets anders dan oncologie doen. In elk geval moeten de aanvragen hun weg kunnen vinden en tot erkenning kunnen leiden. Er werd een koninklijk besluit gepubliceerd in verband met de verschillende beroepstitels. Naar verluidt ontbreekt nog een uitvoeringsbesluit dat precies de instanties moet aanwijzen die belast zijn met de concrete behandeling van zulke erkenningsaanvragen.

Bent u van plan om het ontbrekend uitvoeringsbesluit te publiceren, zodat de zaak in gang kan komen. Hebt u er ook al zicht op hoe de erkenningsprocedure concreet zou verlopen?

07.04 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, inzake de bijzondere beroepstitel in de oncologie, bedoeld in artikel 2 van het KB van november 1991 houdende lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde met inbegrip van de taalheilkunde, kan ik u het volgende preciseren.

Betreffende de te nemen besluiten, heeft mijn voorganger, Didier Donfut, ervoor geopteerd het advies te

vragen van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen om bijzondere erkenningscriteria te bepalen voor elke basisspecialiteit die in aanmerking komt voor het verkrijgen van de bijzondere beroepstitel in de oncologie. Minister Donfut vroeg dit advies voor juni 2008.

Ten tweede, betreffende de procedure heeft de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen tijdens de vergadering van 13 december 2007 een advies uitgebracht. De notulen van deze vergadering moeten nog worden goedgekeurd. Zodra deze goedkeuring een feit is, zal men de notulen aan mij bezorgen. Ik zal me dus pas uitspreken over de procedure, en met name over de benoeming van een specifieke erkenningscommissie, nadat ik kennis van het advies heb genomen. We wachten dus op het advies.

07.05 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, het advies is inderdaad van belang. In de hoge raad van 13 december was er, met uitzondering van drie huisartsen, unanimité over het feit dat gekozen moest worden voor het erkenningsstelsel – of zoals het technisch heet: optie 5 bis – door commissies van orgaanspecialisten. Ik had eerlijk gezegd verwacht dat de hoge raad op 23 januari op haar bureau het advies reeds zou hebben gefinaliseerd, zoals dat was aangekondigd. Klaarblijkelijk is dat nog niet gebeurd.

Is de hoge raad op 23 januari wel bijeengekomen?

07.06 Laurette Onkelinx, ministre: Cela ne figure pas dans ma note, mais je vais le vérifier. En tout cas, je puis vous dire que je ne dispose toujours pas du procès-verbal. Un problème est-il apparu lors de cette séance? Je vais le vérifier.

07.07 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Madame la ministre, la réunion a-t-elle eu lieu à cette date? Le 23?

07.08 Laurette Onkelinx, ministre: C'est ce que je vais vérifier. Il y a eu beaucoup de réunions, et je ne savais pas que vous alliez m'interroger sur les dates où elles ont eu lieu.

Mais nous allons voir ce que dit cet avis. Je ne suis pas sûre que cela nous arrangera. C'est un autre problème. Il faudra surtout voir comment nous réagirons par rapport à cet avis.

Le **président**: Vous nous informerez lorsque vous aurez reçu cet avis?

07.09 Laurette Onkelinx, ministre: C'est d'accord.

Ik zal een brief sturen naar de voorzitter.

07.10 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Ik kom hierop nog terug. Ik dank u voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, iedereen die reeds een tijdje in deze commissie verblijft, weet dat het dossier van de NMR-scanners met de regelmaat van de klok terugkomt in deze commissie. Technisch moet ik verwijzen naar een KB van 25 oktober 2006 van uw voorganger, minister Demotte, dat de vaststelling van het aantal diensten met betrekking tot NMR regelde. Grosso modo zorgde dit ervoor dat 84 diensten in België konden worden opgericht, 48 in het Vlaams Gewest, 27 in het Waals Gewest en 9 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Bovenop die 84 zijn er nog een aantal mogelijkheden voor de universitaire ziekenhuizen. Die regeling is er in de tijd van minister Demotte gekomen, na een brede consensus, na een raadpleging waarbij ook de radiologenvereniging was betrokken.

Uiteindelijk volgde er een cascade, waarbij de eerste toestellen werden toegewezen aan de ziekenhuizen die 25.000 opnames per jaar hadden. In tweede orde volgden de ziekenhuizen met 35.000 opnames en in een derde trap volgden de ziekenhuizen met meer dan 15.000 opnames.

Mevrouw de ministers, zoals zo dikwijls bevinden wij ons in een grijze zone, waarin een aantal zaken federaal zijn geregeld en andere op gemeenschapsniveau moeten worden uitgevoerd. Een deel van de programmaregels is federaal bepaald, maar een aantal beslissingen over de concrete plaatsing van de NMR's zijn een gemeenschapsbevoegdheid.

Naar aanleiding van een concreet dossier wil ik u hierover een aantal vragen stellen, mevrouw de minister.

De Vlaamse minister bevoegd voor Welzijn en Gezondheid, Steven Vanackere, heeft zeer recentelijk beslist dat hij maar 17 van de 18 toe te wijzen NMR-scanners zal toekennen en het achttiende toestel even in reserve zal houden. Dat toestel was oorspronkelijk bestemd voor het ziekenhuis Jan Palfijn. Oorspronkelijk haalde dat ziekenhuis zonder enig probleem de kaap van 25.000 opnames en kwam dus in aanmerking voor een NMR-toestel. Ondertussen kwam het ziekenhuis echter in een associatie terecht. Aldus ontstond de feitelijke situatie dat het ziekenhuisnetwerk Antwerpen nu reeds over drie NMR-toestellen beschikt. Op die basis zegt de minister dat hij het achttiende toe te wijzen toestel even in reserve houdt, al was het maar om te verhinderen dat daar een bijkomend toestel zou worden geplaatst.

Mevrouw de minister, het betrokken KB bepaalt wel degelijk dat er per erkende dienst medische beeldvorming maar één NMR-toestel mag worden opgesteld. Daarom zegt Vlaams minister Steven Vanackere, aangezien de regelgeving op dat vlak vrij stringent is, dat de ziekenhuizen die overgaan tot een fusie voor een stuk worden geremd bij de toewijzing van zware medische apparatuur. Hij drong zeer recentelijk in het Vlaams Parlement aan op een wijziging, al dan niet van het KB. Daarom wil ik de twee bevoegdheidsniveaus met elkaar confronteren, mevrouw de minister.

Is er ondertussen overleg geweest tussen uw departement, op het federale niveau, en de bevoegde Vlaamse minister, de heer Steven Vanackere, met betrekking tot dit dossier? Wat is het concrete resultaat van het eventuele overleg? Vermits de Vlaamse bevoegde minister daarop aandringt, hebben uw diensten op federaal niveau al even nagezien of het al dan niet nuttig zou zijn om het betrokken KB te wijzigen, ten voordele van de fusieziekenhuizen?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx**: In de eerste plaats wens ik te preciseren dat er met betrekking tot dit dossier nog geen overleg is geweest met de Vlaamse minister voor Volksgezondheid. Mijn bevoegde administratie wijst er mij bovendien op dat deze problematiek ruimer is dan het dossier Ziekenhuisnetwerk Antwerpen.

Immers, de huidige NMR-reglementering kan met het oog op de toekomst een rem vormen op de wens van ziekenhuizen om over te gaan tot een fusie. Ter herinnering, het principe is één toestel per dienst. Er is in één uitzondering voorzien in het kader van de toepassing van het cascadesysteem, met name een tweede toestel mag worden opgesteld in een ziekenhuis met jaarlijks 35.000 opnamen.

Toekomstige fusies van ziekenhuizen, die elk afzonderlijk erkend zijn voor een dienst met 1 of 2 NMR's, zouden kunnen verplicht worden één of meer NMR's in te leveren omdat ze, hetzij gezamenlijk geen 35.000 opnames per jaar realiseren, hetzij gezamenlijk over meer dan twee NMR's beschikken.

Anderzijds is er de problematiek van instellingen die een programmatieaanvraag hebben ingediend, die door de bevoegde overheid ontvankelijk werd verklaard, doch die door fusieplannen niet langer in aanmerking komen voor definitieve toewijzing van een NMR.

Juridisch kan hieraan een oplossing worden geboden door een wijziging van het KB van 25 oktober 2006, houdende vaststelling van de normen, waaraan een dienst waarin een magnetische resonantietomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend, waarbij er een afwijking wordt geformuleerd op het principe van één toestel per dienst.

Bedoelde wijziging veronderstelt een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Programmatie en Erkenning. Ik ben bijzonder aandachtig voor het probleem in zijn geheel en niet alleen voor één ziekenhuis. Ik ben van plan om het samen met mijn administratie binnen de kortst mogelijke tijd te analyseren en een oplossing te vinden.

08.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, uw antwoord is technisch gezien zeer interessant, en ook politiek gesproken ben ik wel degelijk tevreden dat u erkent dat de wetgeving, zoals ze

nu bestaat, een rem kan zijn op fusies en associaties van ziekenhuizen. Iedereen, zowel op federaal niveau als op het niveau van de Gemeenschappen, is er echter voor gewonnen om de associaties van ziekenhuizen eerder te stimuleren dan er een rem op te zetten.

Ik neem akte van uw politieke beslissing en intentie om het koninklijk besluit mogelijk voor wijziging vatbaar te verklaren en daar de nodige studies en adviezen voor in te winnen.

Voor mij, als parlamentslid, zal het een taak zijn om dat dossier rustig voort op te volgen. Met de collega's in het Vlaams Parlement zal ik die zaak terug aankaarten, zodat zij daar hun minister over kunnen interpellieren. In de opvolging hoop ik dat u snel de nodige maatregelen neemt, zodat wij dat dossier snel voort kunnen opvolgen. Als het naar onze zin, als oppositielid, niet snel genoeg vooruit zou gaan, behoud ik mij de vrijheid voor om met een nieuwe mondelinge vraag terug naar u te komen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, vorige week meldden verscheidene media, waaronder de VRT, ons dat een op zes koppels medische begeleiding nodig heeft om zwanger te geraken. Dat blijkt veel te zijn en zou kunnen worden gereduceerd tot de helft.

Toekomstige ouders zijn zich blijkbaar te weinig bewust van de negatieve gevolgen van hun levensstijl. Roken, leeftijd en overgewicht eisen hun tol op het vlak van vruchtbaarheid. Bij rokende vrouwen duurt het langer voor ze zwanger zijn en de slaagkans van IVF-behandelingen ligt blijkbaar tot 50% lager. De impact van overgewicht wordt eveneens zwaar overschat: een BMI van 25 belemmert de kans op vruchtbaarheid al met 50% en met een body mass index boven 30 heeft men drie keer meer kans om onvruchtbaar te zijn. Qua leeftijd is er de algemene tendens in onze samenleving van vrouwen die hun kinderwens uitstellen tot na hun vijftiendertigste; zij hebben blijkbaar ook veel minder kans om spontaan zwanger te geraken.

Volgens professor Petra De Sutter van het fertiliteitscentrum van het UZ te Gent zouden heel wat medische behandelingen kunnen worden vermeden als mensen een beetje hun levensstijl zouden aanpassen inzake roken, overgewicht en de leeftijd waarop ze zwanger willen worden. Dezelfde professor vreest dat heel wat koppels ook veel te snel naar IVF grijpen omdat ze weten dat die behandeling bestaat en dus weinig moeite doen om op hun levensstijl te letten. Het belang van kinderen krijgen in onze steeds meer vergrijzende maatschappij kan toch moeilijk worden overschat. Bovendien stellen we vast dat 80% van de achtentwintigjarige vrouwen vandaag nog altijd geen kinderen heeft.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van deze problematiek? Vindt u het verantwoord dat koppels een medisch dure aanpak prefereren boven een wijziging van hun eigen levensstijl? IVF en de terugbetaling daarvan zijn een goede zaak voor wie echt met vruchtbaarheidsproblemen kampt, maar wat vindt u van het feit dat veel middelen van de Gemeenschap worden uitgegeven omdat koppels IVF een gemakkelijke oplossing vinden? Ziet u een mogelijkheid om hieraan iets te doen en, zo ja, wat? Bent u bereid om eventueel samen met de minister van Werk het moederschap op jonge leeftijd wat te stimuleren via het vergemakkelijken van een carrièreplanning voor vrouwen? Zo ja, heeft u al concrete ideeën of plannen in die richting? Zo ja, wat is de timing?

09.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Smeyers, de problematiek die u aanhaalt, is jammer genoeg niet beperkt tot vruchtbaarheidsproblemen alleen. Door een betere levenshygiëne zouden talrijke andere klinische of zelfs pathologische situaties kunnen worden vermeden en daarbij denk ik in het bijzonder aan het gebruik van tabak en aan obesitas. Ondanks de ruim verspreide informatie over aandoeningen van de luchtwegen, bronchiale kankers, ademhalingsinsufficiëntie, astma enzovoort, te wijten aan tabaksgebruik, blijven onze burgers roken. Ik denk niet dat het feit dat het geweten is dat er medicatie bestaat, de factor is die maakt dat de burgers toch blijven roken. Ook de bestaande therapieën voor bepaalde ziektes in verband met obesitas, diabetes, hart- en vaat-aandoeningen, te wijten aan een te hoog gehalte aan cholesterol enzovoort, lijken mij evenmin stimuli te zijn voor het aanhouden van slechte eetgewoontes of een slechte levensstijl.

Preciezer ingaand op uw vragen, denk ik niet dat het feit dat er therapieën bestaan om onvruchtbaarheid te bestrijden, ertoe zou leiden dat men vrijwillig, via een verandering van levensstijl, de preventie zou verwaarlozen. Ik denk veeleer dat die vrouwen te weinig informatie krijgen. Die informatie zouden ze prioritair moeten krijgen van hun behandelende arts of hun gynaecoloog. Het is de taak van die gezondheidsprofessionelen om aan hun patiënten te zeggen wat zij zouden moeten doen indien ze zoveel mogelijk kansen willen hebben om een kind te krijgen, bijvoorbeeld informatie verstrekken inzake de risico's in verband met de leeftijd van een vrouw die zwanger wil worden.

De aangehaalde problemen krijgen uiteraard de aandacht van de overheid en er werden reeds meerdere maatregelen ingesteld. Op het niveau van de Volksgezondheid werden de antitabakscampagnes, plannen ter bestrijding van tabaksgebruik en het nationaal voedings- en gezondheidsplan ingesteld in samenwerking met de Gemeenschappen en de Gewesten. Ze zijn bedoeld om de bevolking te informeren over alle risico's verbonden aan hun leefgewoontes. Tijdens mijn mandaat zullen die plannen worden voortgezet.

Onverminderd de bevoegdheden van de Gemeenschappen, werden in het raam van het voedings- en gezondheidsplan reeds contracten gesloten met veertig ziekenhuizen om hun ondersteuningsteams inzake voeding te financieren. Ik ben ervan overtuigd dat wij via adequate informatie van het publiek door artsen en andere gezondheidswerkers, het aantal van onze beschavingsziekten kunnen afremmen.

De behandelingen tegen onvruchtbaarheid zijn bovendien niet bepaald aangenaam voor de patiënten. Het gaat niet over het gewoon slikken van een pilletje om een probleem op te lossen, maar veeleer over soms zware en zeer vermoeiende procedures die men niet van harte voorstelt aan de patiënten. Het is dus evident dat het een voordeel voor de patiënten zou zijn indien men zou kunnen vermijden een beroep te doen op deze technieken.

Uw redenering zou echter niet mogen leiden tot het weigeren van bepaalde zorgen onder het mom dat de patiënt niet deed wat moest worden gedaan om gezondheidsproblemen te vermijden. Enkele jaren geleden weigerden bijvoorbeeld bepaalde landen de behandeling ten laste te nemen van perifere arteriopathie, aandoening van de onderste ledematen vaak te wijten aan roken bij patiënten die niet stopten met roken.

Ik denk dat wij onze rol te buiten zouden gaan indien wij dergelijke houdingen zouden aannemen, zelfs indien de middelen die worden aangewend in dergelijke omstandigheden misschien beter zouden worden gebruikt om onvermijdbare ziektes te verzorgen.

Moeten wij weigeren om te zwaarlijvige diabetespatiënten te verzorgen, met als voorwendsel dat zijzelf verantwoordelijk zijn voor hun toestand? Moeten wij weigeren patiënten te verzorgen die bronchiaal kanker hebben met als voorwendsel dat zij roken? Ik denk het niet.

Wat uw derde vraag betreft, dit valt onder de bevoegdheid van mijn collega, minister van Werk, de heer Piette.

09.03 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

De teneur van mijn vraag mag inderdaad niet worden omgekeerd. Het is niet dat wij de mensen niet meer moeten behandelen omdat het z gezegd hun eigen schuld is. Er is toch wel een taak weggelegd voor de preventie. Dat is wel een gemeenschapsbevoegdheid.

Het stemt mij tevreden dat u verder werk zult maken van de antitabakscampagne en van het nationaal voedings- en gezondheidsplan. Het is inderdaad de taak van de artsen om de mensen op een en ander te wijzen.

09.04 Minister Laurette Onkelinx: (...) plannen tegen het gebruik van alcohol en van illegale drugs.

09.05 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): De mensen moeten meer worden ingelicht over de gevaren en dat is een taak die voor de overheid is weggelegd.

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

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)

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)

La **présidente**: Mme Becq ne viendra pas en commission.

10.01 **Barbara Pas** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, 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. Het tekort aan geriatriebedden wordt in verhouding tot het stijgende aantal vijfenzestigplussers berekend op 2.200. In 1985 werd berekend dat vijf bedden nodig zijn voor elke duizend inwoners boven de 65 jaar. Dat kwam neer op ongeveer 7.500 bedden. Met 6.800 erkende geriatriebedden in 1985 was er een tekort van 10 procent. 23 jaar later is het aantal senioren boven de 65 jaar met een vijfde gestegen. Er zouden vandaag 9.000 bedden moeten zijn, een derde meer dan nu beschikbaar is.

Ondanks het mathematisch tekort aan geriatriebedden, is er in de praktijk dikwijls een onvolledige bezetting op die diensten, aangezien veel bejaarde patiënten ongepast worden opgevangen in de ziekenhuizen. Acute geriatriebedden zijn bedoeld voor rechtstreekse opname van geriatriebedden, maar vaak komt de geriatriebedden pas in laatste instantie op zo'n G-dienst terecht. Te vaak is de geriatriebedden dienst louter een wachtkamer in afwachting dat er plaats is voor de patiënt in een rusthuis.

Uit de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg blijkt het belang van een onmiddellijke geriatriebedden behandeling bij de opname en gedurende het hele acute verblijf in het ziekenhuis om het verlies van autonomie en de plaatsing in een instelling te voorkomen.

Vandaar mijn vragen aan u, mevrouw de minister. Ik overloop ze even voor de volledigheid van het verslag.

Ten eerste, wat was de gemiddelde bezetting van de geriatriebedden in 2007?

Ten tweede, hoeveel van de opnames in 2007 op die acute geriatriebedden diensten waren rechtstreekse opnames?

Ten derde, werden reeds maatregelen genomen in het belang van een onmiddellijke geriatriebedden behandeling om het aantal rechtstreekse opnames in de acute geriatriebedden diensten te verhogen? Zo ja, welke maatregelen? Zo neen, waarom niet?

Ten vierde, het kenniscentrum werkte een test uit die ziekenhuizen toelaat bij het onthaal uit te maken welke patiënt zeker in de geriatrieafdeling moet terechtkomen. Welke rol is hierbij weggelegd voor de geriater?

Ten slotte, bent u van mening dat de verbindingsartsen waarvan sprake in het rapport van het kenniscentrum, geriateren dienen te zijn?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Op basis van de programmatie van vijf bedden per 1.000 inwoners ouder dan 65 jaar is er momenteel inderdaad een tekort aan geriatriebedden. Precies om aan de behoeften tegemoet te komen, heb ik een KB opgesteld dat het programma van 5 naar 6 bedden brengt. Het zal in de komende dagen ter ondertekening aan de Koning worden voorgelegd.

De wijziging zal leiden tot een programmering van 10.854 geriatriebedden op nationaal niveau, waarvan 6.505 voor Vlaanderen, 927 voor Brussel en 3.421 voor Wallonië. Ook al tonen studies aan dat het totale aantal bedden voldoende is om de behoeften van de bevolking te dekken tot 2015, zal het, gelet op de vergrijzing van de bevolking, nodig zijn om het overschot aan C-, D- en H-bedden te veranderen in G-bedden. De officiële goedkeuring ervan behoort echter tot de bevoegdheid van de deelstaten.

Inzake het tekort aan geriateren werden reeds meerdere maatregelen genomen, waaronder de invoering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt en de verbetering van de erelonen van de geriateren. Voor de aanwending van het programma zijn voldoende geriateren en gespecialiseerd verplegend personeel noodzakelijk. Er werden contacten gelegd met de faculteiten Geneeskunde en de hogescholen die actief bijdragen tot de vermindering van het tekort.

De vraag is ook gesteld aan de Nationale Raad voor Verpleegkunde en aan de Commissie voor de Planning van het Medisch Aanbod, die twee werkgroepen hebben opgericht. De werkgroepen zullen zich over de problematiek buigen en mij hun advies overhandigen.

Het nieuwe zorgprogramma voor de geriatrische patiënt geeft antwoorden op de meeste opmerkingen in het advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Het maakt een multidisciplinaire aanpak van de geriatrische patiënt mogelijk. In het kader van het programma werden 61 geriatrische dagklinieken en 61 interne verbindingsfuncties in 2007 opgestart als proefprojecten. In 2008 zullen er 23 bijkomende geriatrische dagklinieken en 27 interne verbindingsfuncties worden opgestart met een mogelijke uitbreiding in 2009.

De interne verbindingsfunctie maakt het mogelijk om de gehospitaliseerde, geriatrische patiënt buiten de dienst Geriatrie op te vangen, ongeacht de zorgaanbieder waar de patiënt verblijft. De patiënt geniet zodoende de meest aangepaste zorg.

Voorname procedure maakt het eveneens mogelijk om het tekort aan geriatrische bedden in de hospitalen te milderen. De interne verbinding werkt samen met alle, medische en verzorgende teams en, meer in het bijzonder, met de referentieverpleegkundigen voor geriatrische zorg.

10.03 Barbara Pas (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreide antwoord.

U erkent dat er een tekort is aan geriatrische bedden. Wij kijken dan ook uit naar het koninklijk besluit.

Ik betreur echter dat ik geen antwoord kreeg op mijn vraag naar cijfers opgesplitst over de Gewesten.

10.04 Minister Laurette Onkelinx: Wij hebben die cijfers niet.

10.05 Barbara Pas (Vlaams Belang): Er zijn dus geen cijfers over de bezetting of over de rechtstreekse opnames van geriatrische patiënten?

10.06 Minister Laurette Onkelinx: Neen.

10.07 Barbara Pas (Vlaams Belang): Gezien het aantal bejaarden in ons land zijn er inderdaad 2.200 geriatrische bedden te weinig. U erkent ook dat er bedden te kort zijn.

Hoewel u vandaag de cijfers niet kon geven, hoor ik van verschillende mensen uit de sector dat er tegelijkertijd op verschillende, geriatrische diensten een onderbezetting is. Enerzijds is er dus een onderbezetting van de diensten. Anderzijds is er een mathematisch tekort aan geriatrische bedden. Dat is een teken dat de geriatrische diensten niet de rol vervullen die zij momenteel zouden moeten vervullen.

Om een aangepaste, geriatrische zorg vanaf de opname te verzekeren, zouden patiënten met een geriatrisch profiel dan ook sneller moeten worden geïdentificeerd, zodra zij in een ziekenhuis binnenkomen. Geriatrische zorg kan met een specifieke, medische behoefte rekening houden en heeft tot doel een zo groot mogelijke levenskwaliteit en autonomie voor de ouderen te behouden of terug te winnen.

Het is in het belang van een onmiddellijke, geriatrische behandeling – op dat punt kan ik het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg alleen maar gelijk geven – dat bij het onthaal in het ziekenhuis wordt uitgemaakt welke patiënt zeker in de geriatrische afdeling moet terechtkomen. Het lijkt mij dan ook niet meer dan logisch dat op dat vlak een belangrijke rol voor de geriater is weggelegd. Het zal trouwens ook de aantrekkingskracht van het beroep van geriater ten goede komen.

Ik ben er ook van overtuigd dat dergelijke manier van werken in de gezondheidszorg serieuze kosten zou kunnen besparen.

Mevrouw de minister, vandaag is 1 op 5 mensen ouder dan 60 jaar. In 2030 zal dat 1 op 3 zijn. Ons inziens moet het uw prioriteit zijn om genoemde, groeiende groep een goede zorg en levenskwaliteit te bieden en daartoe middelen uit te trekken. Daarbij begint u met het zorgen voor een efficiënte en doeltreffende organisatie van de geriatrische ziekenhuiszorg.

La **présidente**: Nous allons clore l'incident pour aujourd'hui, tout en espérant qu'en vieillissant, nous ne serons pas tous obligés d'aller nous faire soigner dans des établissements et que nous pourrions mener des politiques d'hygiène de vie de qualité.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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 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): Mevrouw de minister, mijn vraag is van eerder administratieve aard maar toch van groot belang voor sommige OCMW-cliënten en ook ter bescherming van het OCMW.

Waarover gaat het eigenlijk? De OCMW's worden geregeld geconfronteerd met personen die op het grondgebied van hun gemeente verblijven maar die niet in regel zijn met de verplichte ziekteverzekering. Sommige van die mensen zijn op geen enkele manier te bereiken. Het probleem is dan dat het OCMW ze ook niet ambtshalve kan aansluiten. Dat is eigenlijk het probleem: men vindt die mensen niet, zij zijn niet in regel, en het OCMW kan ze niet ambtshalve aansluiten.

Het OCMW zou dat wel willen doen, ter bescherming van die mensen en ter bescherming ook van het OCMW, want wanneer die personen in een ziekenhuis worden opgenomen kan dat toch voor problemen zorgen, zowel voor de betrokkene, als die niet in regel is, als voor het OCMW.

Nu blijkt dat die aansluiting moet gebeuren door de verzekerde zelf. Het aansluiten bij een ziekenfonds of bij de Hulpkas wordt beschouwd als een contract. In de wetgeving is niet bepaald dat het OCMW dat in de plaats van die verzekerde kan doen, zelfs niet wanneer die persoon zelf nalaat het te doen.

Wij zitten dus met een probleem. Blijkbaar is het zelfs strijdig met de wet op de ziekteverzekering en met het burgerlijk recht als het OCMW het zou doen. Volgens de administratie blijkt in de wetgeving één uitzondering te bestaan waarbij men dat ambtshalve kan doen, bij de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. Daarom denken wij dat er een oplossing voor dat probleem mogelijk is.

Vandaar mijn vragen, mevrouw de minister. Bent u bereid eventueel een uitzondering uit te werken in de wet op de ziekteverzekering waardoor het voor het OCMW mogelijk wordt iemand ambtshalve aan te sluiten wanneer iemand nalaat dat zelf te doen?

Als u daartoe bereid zou zijn, kan dat dan bij de Hulpkas of bij een ziekenfonds? Of kan dat alleen bij de Hulpkas?

Indien u daartoe niet bereid zou zijn, kunt u mij dan ook de reden meedelen waarom het niet zou kunnen.

11.02 Minister Laurette Onkelinx: Elke burger die ingeschreven is in het Nationaal Register 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, om te kunnen genieten van de verplichte verzekering gezondheidszorg of invaliditeit.

Er bestaan overigens op het terrein reeds diverse sociale diensten, onder meer bij de OCMW's, die de burgers bijstaan bij het zetten van de administratieve stappen, die nodig zijn om aan hun wettelijke verplichtingen te kunnen voldoen. Het komt mij derhalve voor dat het niet nuttig is de wet te wijzigen. Indien men daarenboven in de wet een systeem moest voorzien voor een inschrijving van ambtswege, zou dit voor de politieke en filosofische neutraliteit alleen bij de HZIV kunnen gebeuren.

Het is uw vraag niet?

11.03 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): Het OCMW wordt geconfronteerd met mensen die op hun grondgebied verblijven, maar ze niet vindt. Ze zijn dus niet in regel met hun ziekteverzekering. Zij hebben zelf geen keuze gemaakt. Maar zij kunnen die mensen niet bereiken. Op een bepaald moment moet het OCMW wel instaan voor een aantal kosten, voor een aantal zaken waarmee die mensen worden geconfronteerd, maar ze zijn niet in regel met de ziekteverzekering. Normaliter probeert de sociale dienst, als ze die mensen kent, ze in regel te brengen met de mutualiteit of via de Hulpkas.

Als men die mensen niet vindt, als ze onbereikbaar zijn, zit men met een probleem. Die mensen laten na om zichzelf in regel te stellen met de ziekteverzekering via een mutualiteit of via de Hulpkas. Het OCMW zou ze wel in regel willen stellen, maar ze kunnen hen ambtshalve niet aansluiten, waardoor er een vacuüm ontstaat. Die mensen blijven niet in regel en als er zich iets voordoet, draait zowel de betrokkene als het OCMW voor een aantal kosten en zaken op, die ze eigenlijk hadden kunnen vermijden in geval het OCMW die mensen ambtshalve had kunnen aansluiten.

In de normale procedure is er geen probleem, maar in dit doelpubliek wordt het OCMW nu eenmaal geconfronteerd met mensen, die niet in regel zijn, die zelf nalatig zijn. Het OCMW kan die mensen niet bereiken, en ter bescherming wil het OCMW die mensen wel in regel brengen, maar ze kunnen niet.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre: Le CPAS n'intervient que pour l'aide médicale urgente. On est bien d'accord?

11.05 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): Ook voor de opname.

La **présidente**: Vous parlez du cas d'une personne qui a une facture non payée, par exemple, relative à une hospitalisation ou des soins.

11.06 Laurette Onkelinx, ministre: Les personnes sans abri.

11.07 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): On ne fait rien et le CPAS ne peut rien faire..

11.08 Laurette Onkelinx, ministre: La question qui transparaît de la proposition est de savoir si on peut, en dehors de la volonté du bénéficiaire, inscrire celui-ci d'office. Ce n'est pas une mince question! Pour l'instant, tous les services s'organisent autour du bénéficiaire potentiel pour tenter de l'amener à s'inscrire. Mais s'ils n'y parviennent pas, faut-il, pour autant, l'inscrire d'office? Je l'ignore! Je veux bien étudier la question, car je ne veux pas y répondre à la légère.

11.09 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): Dans le texte qui nous est soumis, on prévoit que le CPAS peut le faire.

11.10 Laurette Onkelinx, ministre: ..À la place de la personne! Qu'il le fasse d'office!

11.11 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): De nationale maatschappij kan iemand ook ambtshalve aansluiten. Misschien moet men dat in uitzonderlijke gevallen ook toelaten voor het OCMW, als iemand zelf de keuze niet maakt. Men moet er in de eerste plaats wel voor zorgen dat iemand zelf de keuze kan maken omwille van de filosofische overtuiging.

11.12 Laurette Onkelinx, ministre: Je pense que pour la NMBS, ce n'est pas très différent!

La **présidente**: C'est pour ses travailleurs?

11.13 Laurette Onkelinx, ministre: C'est pour ses travailleurs, mais dans le cadre d'une relation contractuelle. Ce n'est pas la même chose avec les CPAS.

11.14 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): C'est l'aspect technique.

11.15 Laurette Onkelinx, ministre: La technique existe, mais il y a une volonté dans le chef des

travailleurs, puisque la SNCB, leur employeur, inscrit les travailleurs à la place dans le cadre de la relation contractuelle.

11.16 Stefaan Vercamer (CD&V - N-VA): Ook de klant van het OCMW moet zich in regel stellen met de verplichte ziekteverzekering. Als hij dat nalaat, bestaat voor hemzelf en het OCMW een groot risico. Als zou blijken dat iemand dit nalaat, zou het OCMW ambtshalve iemand preventief kunnen aansluiten. Dat zou een oplossing voor heel veel OCMW's kunnen zijn.

11.17 Laurette Onkelinx, ministre: Je comprends évidemment 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. Je ne peux vous répondre pour l'instant.

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

La **présidente**: D'ici quelque temps, vous reviendrez poser une question. Nous verrons à ce moment l'état de la situation!

11.19 Laurette Onkelinx, ministre: Je dois examiner les conséquences au niveau budgétaire.

J'estime d'ailleurs qu'il faudrait examiner l'état de la question en commission avec les parlementaires.

La **présidente**: Certes, chaque fois qu'un problème se pose, on pourrait effectivement se répartir les travaux.

Nous l'avions effectivement envisagé, mais la période n'est pas propice à l'organisation de travaux de manière certaine. Cependant, nous avons estimé que la mise sur pied de groupes de travail sur différentes thématiques pourrait être intéressante, après le 23 mars, en fonction de ce qui nous arrivera!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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 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): Madame la présidente, madame la ministre, il me revient une pratique assez curieuse qui interpelle de nombreux citoyens et patients. Il semble tout à fait 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.

Interpellé par un patient à ce sujet, le pharmacien a pris contact avec la firme pour obtenir une explication. Il lui a été répondu qu'ayant un trop grand stock de ce médicament, la firme aurait fait une demande au ministère afin de pouvoir réintroduire le médicament en pharmacie, à la suite de l'obtention d'une dérogation permettant de changer la date de péremption.

Madame la ministre, 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: Madame la présidente, madame Lejeune, 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. Cette décision est prise, premièrement, après avoir reçu la preuve que la firme pharmaceutique a introduit une demande de modification auprès de la Commission d'enregistrement des médicaments. Deuxièmement, cette dernière doit avoir accepté le changement. Troisièmement, aucune autre modification que ce soit au niveau de la préparation, des méthodes de

contrôle, du type d'emballage ne doit avoir été apportée au médicament par rapport au dossier initial d'enregistrement. La décision est alors communiquée au demandeur dans la firme pharmaceutique par l'Agence des médicaments.

Elle est assortie de conditions. Les emballages primaires et secondaires doivent être modifiés, puisque les deux mentionnent la date de péremption. Si une partie du lot concerné a déjà été distribuée, la partie de lot modifiée devra être identifiable par la mention d'un sous-lot, par exemple par l'addition d'une lettre ou d'un chiffre. Ces précisions sont requises afin d'assurer la traçabilité.

Quant aux garanties exigées, 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. Ces données sont générées par des études de stabilité régies par des règles internationales. Il s'agit des guidelines ICH qui concernent des conférences sur l'harmonisation internationale. Elles sont examinées par des experts-analystes de l'autorité d'enregistrement.

Pour avoir toutes leurs assurances, les pharmaciens peuvent prendre contact avec l'Agence des médicaments et se faire confirmer l'information. L'Agence conseille aux firmes, lorsqu'elles sont amenées à effectuer ce type d'opération, d'insérer dans la boîte une notice explicative pour rassurer le pharmacien et le patient. Il ne s'agit cependant pas d'une obligation légale. Si les pharmaciens ne sont pas au courant, le dialogue avec l'Agence des médicaments leur permet d'être rassurés.

12.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je comprends qu'il y a de nombreuses conditions à respecter.

Toutefois 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 interrogée et m'a indiqué qu'il arrivait couramment qu'on maintienne la boîte d'origine et qu'on appose simplement un autocollant.

12.04 Laurette Onkelinx, ministre: Cela peut faire paniquer les gens, j'en suis persuadée.

12.05 Josée Lejeune (MR): Je reconnais que les conditions sont strictes en la matière mais pour les patients, ce système n'est pas rassurant. Si j'étais dans le cas, je crois que je douterais également.

12.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je vais interroger l'Agence des médicaments à ce sujet et vais relayer votre question.

12.07 Josée Lejeune (MR): C'est gentil. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente:** Mme Genot et Mme De Schamphelaere arriveront plus tard. Elles ont demandé de poser leurs questions vers la fin de la réunion de commission.

13 Vraag van de heer Flor Van Noppen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Nationaal Kankerplan" (nr. 1658)

13 Question de M. Flor Van Noppen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Plan national de lutte contre le cancer" (n° 1658)

La question n° 1658 de M. Van Noppen est retirée.

La question n° 1660 de Mme Reuter et la question n° 1685 de M Bellot sont reportées.

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

14 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)

14.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag is veeleer een pleidooi voor het Instituut Pasteur te Brussel.

Het IPB werd op initiatief van de Brabantse provincieraad op 15 maart 1900 opgericht. De leiding werd toevertrouwd aan dokter Bordet die in 1919 de Nobelprijs Geneeskunde in ontvangst mocht nemen voor zijn baanbrekend immuniteitsonderzoek.

Naar aanleiding van de Sint-Michielsakkoorden en de splitsing van de provincie Brabant werd het Instituut Pasteur op 1 januari 2005 naar de federale overheid overgeheveld. Het ressorteert nu onder de FOD Volksgezondheid. Tegen het advies van twee wetenschappelijke commissies in werd het Instituut Pasteur in 2003 gefuseerd met het WIV, het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Sindsdien is het Instituut Pasteur een van de vier departementen van het WIV. Een oriëntatienota waarin een aantal prerogatieven inzake herkenbaarheid en autonomie van het Instituut Pasteur wordt omschreven werd in de Ministerraad van 31 januari 2003 goedgekeurd en opgenomen in het Belgisch Staatsblad van 30 september 2003.

Sedert 2003 is het Instituut Pasteur een volwaardig lid van het internationaal netwerk van de Pasteurinstituten, die wereldwijd 30 instituten telt. In 2006 werd een audit gestart om de verschillende diensten van het WIV te herstructureren. De beslissingen van die audit beginnen nu pas geleidelijk aan geïmplementeerd te worden. In het raam van die audit werd onder andere beslist de departementen te vervangen door domeinen en het Instituut Pasteur te fuseren met het departement Microbiologie van het WIV.

Daardoor – dat is net het knelpunt – wordt het voortbestaan van het Instituut Pasteur als herkenbare entiteit op de helling gezet. De oriëntatienota die als voorwaarde diende voor de fusie van het IPB met het WIV wordt evenwel door de huidige directie van het WIV volledig genegeerd. Het gaat nochtans om een hoogstaand wetenschappelijk instituut. Het zou geen deugd doen aan het imago van ons land als men het instituut zou opdoeken, zeker in het licht van de recente aanslepende politieke crisis die ons land heeft gekend. Het instituut is immers internationaal gerespecteerd vanwege onderzoek op verschillende domeinen, onder andere onderzoek naar kanker – uw prioriteit –, virussen, allergieën, ziekenhuisbacteriën, antibiotica, enzovoort.

Tot slot, het Instituut Pasteur speelt ook een grote rol in de opleiding van jonge Belgische onderzoekers en in het bieden van kansen aan die mensen. Het instituut beschikt over een moderne wetenschappelijke uitrusting en kan trouwens een beroep doen op bepaalde externe fondsen voor onderzoeksprojecten. Ik denk bijvoorbeeld aan de Bill Gates Foundation, maar ook op fondsen en expertise van het internationaal netwerk van de Pasteurinstituten.

Het instituut kan tevens bogen op heel wat publicaties in internationale wetenschappelijke tijdschriften en werkt nauw samen met binnenlandse en buitenlandse universiteiten en onderzoeksinstituten. Rekening houdend met al die elementen zou het dan ook bijzonder jammer zijn indien het Instituut Pasteur zou ophouden te bestaan.

Graag had ik van u, mevrouw de minister, vernomen, of u op de hoogte bent van de implementatie van de audit. Zo ja, klopt het dat het instituut zal opgaan in het departement Microbiologie van het WIV? Vreest u dan niet dat met het verdwijnen van het instituut als entiteit op zich, het wetenschappelijk imago van ons land in het buitenland zal worden beschadigd? Welke maatregelen zult u nemen om het Instituut Pasteur als onafhankelijk wetenschappelijk instituut te laten voortbestaan?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je répondrai en français.

Il s'agit d'un dossier sensible. Croyez-bien que je voue une réelle admiration à l'ensemble des personnels de l'Institut Pasteur pour le travail accompli.

Ensuite, je voudrais rectifier ce qui a été relaté dans la presse: je n'ai pas pris d'arrêté royal, c'est mon prédécesseur qui l'a fait. Cela ne change rien, mais la vérité historique a ses droits.

Comme vous, je vais prendre un peu de recul historique et examiner la question sur la base des craintes de

l'Institut Pasteur pour tenter de les apaiser. Je dois rencontrer Mme Thiry demain. Le dialogue doit se poursuivre car ces personnes méritent d'être respectées pour ce qu'elles sont, ainsi que pour le travail déjà réalisé et celui qu'elles accompliront encore à l'avenir.

Il est vrai qu'à la suite de la fusion de l'Institut de Santé publique (ISP) et de l'Institut Pasteur, consacrée par différents arrêtés royaux en juillet 2003, et du transfert du CERVA, ce fameux centre de recherches vétérinaires, à la Santé publique, les ministres Demotte et Dupont ont décidé en septembre 2005 d'organiser une radiographie – le projet Jenner – dont l'objectif 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. L'assistance méthodologique a été apportée par Arthur D. Little et financée par le SPF P&O.

Au total, sept projets furent mis en chantier avec des collaborateurs des trois entités concernées. Le projet a été dirigé par un groupe de pilotage réunissant des représentants des ministres de la Santé publique et de l'Environnement, des SPF Santé publique et P&O, de l'AFSCA, de l'Agence des médicaments, du CERVA, de l'Institut Pasteur et de l'ISP.

S'agissant de l'ISP et du département Pasteur, le projet Jenner s'est appuyé entre autres sur les recommandations du conseil scientifique de l'Institut de Santé publique, basées sur l'audit du 13 juin 2005 au terme duquel le conseil insistait sur une restructuration claire de tous les départements de l'ISP, y compris Pasteur.

Quant à l'incorporation de Pasteur dans le département de microbiologie de l'ISP, à la suite de l'évaluation minutieuse des établissements scientifiques du SPF Santé publique, la mise en œuvre des différents projets a débuté en février 2007. L'un de ces projets porte sur la fusion des deux départements de microbiologie. Nous pouvons imaginer que c'est une idée sensée. Ce projet d'amélioration est dirigé par un groupe de pilotage, composé de représentants des départements Pasteur et microbiologie.

Ce groupe a développé toute une série d'actions: l'inventaire des activités scientifiques des deux départements; la mise en concordance de la mission et du plan stratégique du SPF Santé publique et de l'ISP et des propositions d'activités prioritaires; la présentation des priorités aux experts externes – les conseils scientifiques des universités, l'Institut Pasteur de Lille, etc. -; l'établissement d'un organigramme par fusion des activités similaires des deux départements; l'affectation de personnel, de moyens de fonctionnement, d'infrastructures; l'établissement d'un plan de mise en œuvre.

L'objectif est donc d'opérationnaliser ces recommandations dans le courant de 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 (bactériologie, virologie, résistance aux antibiotiques, etc.). Le but est d'accroître la masse critique, de stimuler les recherches de part et d'autre et d'obtenir un output scientifique accru.

Dans le même temps, les services généraux du département Pasteur seront eux aussi fusionnés avec les services centraux de l'ISP (finances, ressources humaines, informatique, infrastructure, etc.), ce qui doit améliorer l'efficacité et la concordance.

La nouvelle direction opérationnelle comptera désormais 135 collaborateurs dont 42 scientifiques. Actuellement, l'Institut Pasteur compte 22 scientifiques.

Je sais que de nombreuses inquiétudes et questions sont soulevées. Demain, je rencontrerai d'ailleurs encore certains responsables.

La question qui interpelle est la suivante: la "disparition" de l'Institut Pasteur peut-elle porter préjudice à l'image scientifique de la Belgique?

Suivant ce que l'on m'a dit, au contraire, l'intégration des deux départements de microbiologie en une seule direction opérationnelle augmentera les moyens ainsi que les ressources humaines, financières et matérielles et, finalement, le dynamisme de la recherche.

Par l'intégration dans les structures internationales de la Santé publique par exemple, les chercheurs de l'ancien Institut Pasteur auront un accès aux structures de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'Union européenne, etc. En outre, leur statut changera. De simples observateurs, ils deviendront membres formels

de l'International Association of Public Health Institute. Enfin, leur rôle changera également; il deviendra beaucoup plus déterminant. Ils n'observeront plus, ils prendront part.

Leur appartenance au réseau des Instituts Pasteur n'est en rien remis en cause. Le projet de réorganisation a été présenté à la direction de l'Institut Pasteur à Paris avec pour objectif de pérenniser la participation de la nouvelle structure au réseau. Je note que la direction de Paris n'y a vu aucune objection. J'en veux pour preuve d'ailleurs que l'ISP vient d'être invité à venir discuter d'une proposition de collaboration formelle entre l'ISP et le RIIP (Réseau International de l'Institut Pasteur), ce qui montre que l'intégration du département Pasteur ne signifie pas du tout la perte de participation à ce réseau, mais au contraire un éventail de nouvelles opportunités.

En résumé, je vais rencontrer l'ensemble des intéressés, expliquer une nouvelle fois les choses et tenter d'éliminer les craintes. Si c'est une question de nom, on peut en ajouter un quelque part, mais il faudra voir quelles sont les craintes qui subsisteront concrètement.

14.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Madame la ministre, je comprends que le but de l'opération soit de concrétiser les recommandations, de les intégrer dans un même cadre, d'en améliorer l'efficacité, la concordance, le dynamisme, mais je crois que l'impact est très certainement d'ordre psychologique. Si nous perdons le nom "Pasteur", nous risquons de perdre un apport de fonds extérieurs, notamment de la Bill Gates Foundation, et un certain échange entre les instituts eux-mêmes.

Pour tenter de trouver un terrain d'entente neutre, je propose, en cas de fusion, d'envisager qu'elle se fasse sous le nom de Pasteur, car même si l'Institut Pasteur de Paris accepte de pérenniser les échanges et que cela débouche sur de nouvelles possibilités, il n'en demeure pas moins que les acteurs de terrain sont inquiets. De plus, perdre cette étiquette, cette carte de visite encore nationale, après la crise politique que nous avons connue, contribuerait à ternir davantage notre image.

Les craintes du personnel et des amis de l'Institut Pasteur sont de ne plus pouvoir imprimer leurs propres accents, qui sont entre autres concentrés sur la recherche d'un nouveau vaccin contre la tuberculose. Personnellement, j'y suis très sensible. C'est un beau domaine, auquel le privé ne s'intéresse pas. Il concerne un tiers des gens des pays en voie de développement.

Si fusion il y a, on pourrait évidemment imaginer que la stratégie change aussi, que les objectifs deviennent différents et que, par exemple, l'accent ne soit plus tellement mis sur la recherche de vaccins qui pourraient aider un tiers de la population mondiale. Il serait dommage de changer de stratégie. En fait, il faudrait conserver la philosophie Pasteur, même en cas de regroupement dans une entité plus vaste, qui offre de nouvelles possibilités. Pouvoir garder leur étiquette "Pasteur" leur serait des plus propices selon moi.

14.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est ce qui m'est immédiatement venu en tête en préparant la réunion de demain. J'examinerai encore, d'ici demain, les objections éventuelles de nature juridique ou autre, sinon c'est une des solutions, car dans ce cas, tous les avantages sont de notre côté.

La **présidente**: Un département de service public peut disposer d'un comité d'accompagnement ou autre. Cela existe dans d'autres matières.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 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)

15 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)

C'est la dernière question que nous aborderons aujourd'hui. En effet, Mme De Schamphelaere vient de me signaler qu'elle reporte ses questions n^{os} 1654 et 1655 à une prochaine réunion.

15.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, comme vous le savez, Médecins sans Frontières va arrêter ses activités médicales en Région bruxelloise en avril 2008. Ils avaient prévenu de longue date de cette future fermeture. En effet, Médecins sans Frontières n'a pas pour vocation

d'apporter des solutions structurelles mais bien de combler temporairement des manques, tout en mettant les différents acteurs face à leurs responsabilités. Ils l'avaient aussi fait pour un centre de dépistage anonyme et gratuit en matière de sida et la structure publique avait pu reprendre leurs activités par la suite.

Malgré certaines améliorations de l'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier, une structure de référence telle que le relais santé de MSF en Région bruxelloise restera indispensable. Il est important de pérenniser une structure qui permet d'aiguiller les exclus des soins vers le système classique (plus de 5.000 consultations en 2007 dans le centre de MSF). En effet, un flux de nouveaux patients nécessitera une orientation. Et Bruxelles et ses 19 CPAS aux modes de fonctionnement différents rendent le labyrinthe administratif complexe pour le patient. De plus, il faut parfois un certain temps pour que le dossier s'ouvre et pour que la personne ait effectivement accès aux soins alors que les problèmes de santé nécessitent parfois une réponse urgente.

Ce type de structure existe déjà en Région wallonne et a permis à MSF de fermer son projet à Liège.

L'accès aux soins pour tous est un devoir dans lequel la Belgique s'est engagée. Notre pays a déjà été récemment rappelé à l'ordre par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies pour ses lacunes en ce qui concerne le droit à la santé des personnes en séjour irrégulier.

Je me demandais si ma question devait aller chez vous ou chez votre collègue M. Dupont. On m'a dit que je pouvais vous la poser.

Madame la ministre, que prévoyez-vous pour soutenir le relais santé mis en place par MSF à Bruxelles?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, les responsables du relais santé MSF de Bruxelles ont effectivement annoncé par voie de presse début janvier leur intention de ne plus gérer ce relais à partir d'avril 2008. En fait, la décision avait été prise en octobre et déjà communiquée aux autorités bruxelloises.

D'abord et avant tout, je me dois de souligner la qualité du travail effectué pendant de nombreuses années dans ce relais santé par les différents responsables de MSF. De nombreux illégaux et SDF représentant 5.000 contacts-patients en 2007 ont pu ainsi être aidés en première ligne. Jusqu'ici, MSF a financé ce projet sur ses fonds propres et différentes subventions non récurrentes – le problème étant principalement là – provenant d'autorités publiques fédérales et bruxelloises.

Quelques jours après l'annonce de la cessation de leurs activités, j'ai demandé à mes collaborateurs de rencontrer les responsables de MSF. La structure ouverte cinq jours sur sept de 9 heures à 17 heures est composée de deux assistants sociaux, d'un médecin et d'un psychologue, ces deux derniers à mi-temps. Le coût annuel d'un tel relais santé est évalué à 200.000 euros. Les responsables souhaitent la mise en place d'un relais santé sur le modèle liégeois, qui est 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 à Verviers.

Pour ce qui est de Bruxelles, l'association Médecins du Monde est intéressée par la reprise de la gestion du relais santé, pour autant qu'une solution durable de financement soit mise en place. Je crois qu'un tel relais mérite sans aucun doute d'être maintenu à Bruxelles, dans le cadre d'une collaboration permanente avec les différents CPAS. Même si le ministère de la Santé n'est pas compétent pour le financement d'un tel projet, je me suis proposé de prendre des initiatives pour trouver une solution dans les prochaines semaines. Cela ne dépend pas de moi et je n'ai pas envie de passer la patate chaude, mais un financement structurel pourrait être envisagé au niveau de la commission commune de la Région et des CPAS bruxellois, suivant le modèle wallon.

Avec les responsables des différentes instances, nous allons essayer de dégager une solution durable mais mon rôle dans ce dossier est davantage celui de médiateur.

15.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, on se rend compte de la situation particulière de Bruxelles en la matière, en tant que plaque tournante de l'accueil en première ligne des nouveaux arrivants. Le financement du centre précédent de MSF avait diverses provenances et j'espère que cette initiative pourra continuer à compter sur un soutien fédéral, en raison de son ampleur nettement supérieure à celle des centres régionaux qui, j'en suis sûre, seraient eux aussi très heureux de bénéficier d'une éventuelle enveloppe fédérale.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

16 Question de M. Yvan Mayeur à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de cocaïne en Belgique" (n° 1677)

16 Vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het cocaïnegebruik in België" (nr. 1677)

La **présidente**: En tant qu'ancien président, M. Mayeur s'est appliqué la règle selon laquelle une absence non justifiée deux fois avait pour conséquence la suppression de sa question (n° 1677). Je crois toutefois qu'il a posé la même question au ministre Dewael et qu'il vous demandera la réponse écrite, madame la ministre.

La réunion publique de commission est levée à 16.14 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.14 uur.