



CHAMBRE DES REPRESENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

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

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

Mercredi

05-12-2012

Après-midi

Woensdag

05-12-2012

Namiddag

N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	Parti Socialiste
CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
MR	Mouvement réformateur
sp.a	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	Open Vlaamse Liberalen en Democraten
VB	Vlaams Belang
cdH	centre démocrate Humaniste
FDF	Fédéralistes démocrates francophones
LDD	Lijst Dedecker
MLD	Mouvement pour la Liberté et la Démocratie

Abréviations dans la numérotation des publications :		Afkortingen bij de nummering van de publicaties :	
DOC 53 0000/000	Document parlementaire de la 53 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 53 0000/000	Parlementair stuk van de 53 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	CRABV	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beigeleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants	Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Commandes :	Bestellingen :
Place de la Nation 2	Natieplein 2
1008 Bruxelles	1008 Brussel
Tél. : 02/ 549 81 60	Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be	www.dekamer.be
e-mail : publications@lachambre.be	e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Question de Mme Ine Somers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'application web permettant le calcul du forfait destiné aux maisons de repos" (n° 13698)

Orateurs: **Ine Somers, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales

Question de Mme Ine Somers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la valorisation du titre professionnel particulier d'infirmier en gériatrie" (n° 13699)

Orateurs: **Ine Somers, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales

Questions jointes de
- M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la présence de moustiques potentiellement dangereux à Natoye et les initiatives prises pour les éradiquer" (n° 13844)

- Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le plan de surveillance scientifique entomologique suite à la présence de moustiques *Aedes japonicus* sur la commune de Natoye" (n° 14474)

Orateurs: **Georges Gilkinet, Valérie Warzée-Caverenne, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales

Question de M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la mesure relative à la contraception des jeunes" (n° 13887)

Orateurs: **Franco Seminara, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales

Questions jointes de
- Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'accompagnement des patients atteints du

INHOUD

Vraag van mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de webapplicatie voor de berekening van het forfait voor rustoorden" (nr. 13698)

Sprekers: **Ine Somers, Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen

Vraag van mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de valorisatie van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige in de geriatrie" (nr. 13699)

Sprekers: **Ine Somers, Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen

Samengevoegde vragen van
- de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de aanwezigheid van potentieel gevaarlijke muggen in Natoye en de initiatieven die genomen werden om die kolonie uit te roeien" (nr. 13844)

- mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de entomologische surveillance naar aanleiding van de muggenpopulatie van de soort *Aedes japonicus* die werd aangetroffen in de gemeente Natoye" (nr. 14474)

Sprekers: **Georges Gilkinet, Valérie Warzée-Caverenne, Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen

Vraag van de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de maatregel in verband met anticonceptie voor jongeren" (nr. 13887)

Sprekers: **Franco Seminara, Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen

Samengevoegde vragen van
- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de begeleiding van psoriasispatiënten" (nr. 13919)

psoriasis" (n° 13919)			
- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la validation du cadre budgétaire pour la prise en charge du traitement du psoriasis" (n° 13923)	11	- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het valideren van een budgettair kader voor de behandeling van psoriasis" (nr. 13923)	11
<i>Orateurs:</i> Thérèse Snoy et d'Oppuers, Laurette Onkelinx , vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales		<i>Sprekers:</i> Thérèse Snoy et d'Oppuers, Laurette Onkelinx , vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen	
Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la cholécystectomie par laparotomie" (n° 14005)	13	Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "laparoscopische galblaasoperaties" (nr. 14005)	13
<i>Orateurs:</i> Rita De Bont, Laurette Onkelinx , vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales		<i>Sprekers:</i> Rita De Bont, Laurette Onkelinx , vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen	
Question de Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la maladie de Huntington" (n° 14023)	15	Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de ziekte van Huntington" (nr. 14023)	15
<i>Orateurs:</i> Valérie De Bue, Laurette Onkelinx , vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales		<i>Sprekers:</i> Valérie De Bue, Laurette Onkelinx , vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen	
Questions jointes de	16	Samengevoegde vragen van	16
- M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la nouvelle réglementation relative au remboursement de l'oxygénothérapie" (n° 14024)	16	- de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de nieuwe regelgeving met betrekking tot de terugbetaling van zuurstoftherapie" (nr. 14024)	16
- M. David Clarinval à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'oxygénothérapie à domicile" (n° 14294)	16	- de heer David Clarinval aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "zuurstoftherapie aan huis" (nr. 14294)	16
- Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la réforme de l'oxygénothérapie" (n° 14301)	16	- mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de hervorming van de zuurstoftherapie" (nr. 14301)	17
<i>Orateurs:</i> Laurette Onkelinx , vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales, Damien Thiéry, Valérie Warzée-Caverenne		<i>Sprekers:</i> Laurette Onkelinx , vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen, Damien Thiéry, Valérie Warzée-Caverenne	
Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la reconnaissance des compétences particulières des kinésithérapeutes" (n° 14030)	20	Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de erkenning van de bijzondere beroepsbekwaamheden van de kinesisten" (nr. 14030)	20
<i>Orateurs:</i> Valérie Warzée-Caverenne ,		<i>Sprekers:</i> Valérie Warzée-Caverenne ,	

Laurette Onkelinx, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales

Laurette Onkelinx, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen

- | | | | |
|--|----|--|----|
| <p>Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les nouvelles nominations du Conseil national de la kinésithérapie" (n° 14031)</p> <p><i>Orateurs:</i> Valérie Warzée-Caverenne, Laurette Onkelinx, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales</p> | 21 | <p>Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de nieuwe benoemingen bij de Nationale Raad voor de Kinesitherapie" (nr. 14031)</p> <p><i>Sprekers:</i> Valérie Warzée-Caverenne, Laurette Onkelinx, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen</p> | 21 |
| <p>Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'augmentation spectaculaire de la consommation des antipsychotiques par des enfants" (n° 14032)</p> <p><i>Orateurs:</i> Valérie Warzée-Caverenne, Laurette Onkelinx, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales</p> | 23 | <p>Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de spectaculaire stijging van het gebruik van antipsychotica bij kinderen" (nr. 14032)</p> <p><i>Sprekers:</i> Valérie Warzée-Caverenne, Laurette Onkelinx, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen</p> | 23 |
| <p>Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les sorties inutiles des ambulances" (n° 14034)</p> <p><i>Orateurs:</i> Valérie Warzée-Caverenne, Laurette Onkelinx, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales</p> | 24 | <p>Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "onnodige ambulanceritten" (nr. 14034)</p> <p><i>Sprekers:</i> Valérie Warzée-Caverenne, Laurette Onkelinx, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen</p> | 24 |
| <p>Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'homologation des installations médicales dans les hôpitaux" (n° 14109)</p> <p><i>Orateurs:</i> Luk Van Biesen, Laurette Onkelinx, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales</p> | 26 | <p>Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de keuring in de ziekenhuizen" (nr. 14109)</p> <p><i>Sprekers:</i> Luk Van Biesen, Laurette Onkelinx, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen</p> | 26 |
| <p>Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le contingentement des dentistes" (n° 14172)</p> <p><i>Orateurs:</i> Rita De Bont, Laurette Onkelinx, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales</p> | 28 | <p>Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de contingentering van tandartsen" (nr. 14172)</p> <p><i>Sprekers:</i> Rita De Bont, Laurette Onkelinx, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen</p> | 28 |
| <p>Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'administration de médicaments à des enfants sur lesquels ils n'ont pas été testés" (n° 14286)</p> | 30 | <p>Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het toedienen van geneesmiddelen aan kinderen die niet op hen getest zijn" (nr. 14286)</p> | 30 |

Orateurs: **Rita De Bont, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales

Sprekers: **Rita De Bont, Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen

Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les soins aux patients qui ne sont pas aptes à vivre sans surveillance" (n° 14314)

32

Orateurs: **Luk Van Biesen, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales

Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de verzorging van patiënten die niet in staat zijn om zonder toezicht te leven" (nr. 14314)

32

Sprekers: **Luk Van Biesen, Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen

Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la consommation d'alcool chez les personnes de plus de 65 ans" (n° 14315)

34

Orateurs: **Luk Van Biesen, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales

Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "alcoholgebruik bij 65-plussers" (nr. 14315)

34

Sprekers: **Luk Van Biesen, Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen

Question de Mme Lieve Wierinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le remboursement des reconstructions mammaires" (n° 14348)

36

Orateurs: **Lieve Wierinck, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre - ministre Affaires sociales - Santé publique - Beliris - Institutions culturelles fédérales

Vraag van mevrouw Lieve Wierinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de terugbetaling van borstreconstructies" (nr. 14348)

36

Sprekers: **Lieve Wierinck, Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister - minister Sociale Zaken - Volksgezondheid - Beliris - Federale Culturele Instellingen

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 5 DECEMBRE 2012

WOENSDAG 5 DECEMBER 2012

Après-midi

Namiddag

Le développement des questions et interpellations commence à 15.39 heures. La réunion est présidée par Mme Marie-Claire Lambert.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 15.39 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Marie-Claire Lambert.

01 **Vraag van mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de webapplicatie voor de berekening van het forfait voor rustoorden" (nr. 13698)**

01 **Question de Mme Ine Somers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'application web permettant le calcul du forfait destiné aux maisons de repos" (n° 13698)**

01.01 **Ine Somers** (Open Vld): Mevrouw de minister, deze vraag gaat over de webapplicatie voor de berekening van het forfait voor de rustoorden.

Het RIZIV heeft een webapplicatie die de rustoorden moeten invullen voor de berekening van het forfait van hun voorziening met allerlei gegevens over de medewerkers, hun diploma, de zorgbehoeften van de bewoners enzovoort. Die webapplicatie heeft reeds meerdere keren voor problemen gezorgd en die problemen blijven aanhouden. Daarom werd er gewerkt aan een nieuwe versie.

Negen maanden lang heeft het RIZIV de nieuwe versie geblokkeerd, maar het komt nu op de proppen met een tool die nog niet volledig klaar is. Dat zorgt uiteraard voor veel vertragingen. De rustoorden zullen langer moeten wachten op hun middelen. Ze zullen ook meer moeten investeren om alle gegevens van de voorbije negen maanden te verwerken en dat zal ook heel wat onderzoekswerk betekenen.

De sector heeft het RIZIV al meermaals aangeboden te helpen bij de ontwikkeling van de nieuwe tool, maar het RIZIV slaat dat blijkbaar af. Tevens vraagt de sector al jaren om, nadat de gegevens zijn ingebracht, een automatische berekening van het forfait te maken, wat veel eenvoudiger zou zijn voor de opstelling van een begroting voor het volgend jaar.

Mevrouw de minister, daarom heb ik de volgende vragen.

Bent u op de hoogte van de gebreken van de nieuwe webapplicatie? Wanneer zullen die gebreken definitief verholpen zijn?

01.01 **Ine Somers** (Open Vld): L'utilisation de la nouvelle version de l'application web de l'INAMI pour le calcul du forfait destiné aux maisons de repos a été bloqué durant neuf mois. À présent, le système est utilisé mais il présente encore de nombreuses lacunes, ce qui engendre des retards et un surcroît de travail considérable pour les maisons de repos.

L'INAMI a déjà plusieurs fois refusé l'aide du secteur en vue du développement d'un nouvel outil. Par ailleurs, cela fait déjà plusieurs années que le secteur demande à pouvoir obtenir un calcul automatique du forfait.

La ministre a-t-elle connaissance des problèmes? Dans quel délai les maisons de repos doivent-elles introduire les données qui n'ont pu être communiquées en temps voulu? L'INAMI indemniserait-il les nouvelles maisons de repos pour les retards de paiement? Pourquoi l'INAMI a-t-il décliné la proposition

Hoeveel tijd zullen de rustoorden krijgen om hun achterstallige gegevens in te geven?

Zal het RIZIV de nieuwe rustoorden een vergoeding geven voor de achterstallige betalingen?

Waarom is het RIZIV niet ingegaan op het aanbod van de rustoorden om een nieuwe tool samen te ontwikkelen?

Zal het RIZIV nu vóór 1 januari het forfait hebben berekend, of zullen de voorzieningen opnieuw moeten wachten tot maart om te weten wat ze op 1 januari moeten krijgen?

01.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De webapplicatie waarmee de rustoorden hun gegevens inzake gepresteerde dagen of uren van het personeel en de gefactureerde dagen kunnen meedelen, is vanaf 9 juli 2012 weer beschikbaar. Dit is ook de datum die al enkele maanden geleden aan de organisaties van de rustoorden werd meegedeeld.

Zoals vermeld in de rondzendbrief van 11 juli 2012 aan de rustoorden hebben zij tijd tot 31 oktober 2012 om de gegevens met betrekking tot de referentieperiode van 1 juli 2011 tot 30 juni 2012 mee te delen.

Op 28 september 2012 werden de instellingen geïnformeerd dat ze alle informatie via de webtoepassing konden doorgeven, maar omdat er geen tussentijdse rapporten konden worden afgedrukt, waardoor de instellingen hun doorgezonden inlichtingen zouden kunnen controleren, werd hen op 8 en 9 oktober 2012 gevraagd om in afwachting van een nieuw bericht van het RIZIV de periode van 1 juli 2011 tot 30 juni 2012 voorlopig nog niet af te sluiten.

Op 29 oktober 2012 liet het RIZIV de instellingen weten dat de rapporten beschikbaar waren en dat zij de periode konden afsluiten met uitsluiting van de instellingen die onder de toepassing van het sociale miniakkoord van 2011 vallen en waarvoor eerst nog een KB moet worden gepubliceerd.

Op donderdag 8 november 2012 zal het RIZIV nagaan welke instellingen nog niet alle trimesters hebben afgesloten. Aan deze instellingen zal een aangetekende brief worden gestuurd met de mededeling dat zij nog tot 9 december 2012 de mogelijkheid hebben om die trimesters af te sluiten.

Doen zij dat pas na 9 december 2012, dan zal hun forfait vanaf 1 januari 2013 met 25 % worden verminderd.

Voor de nieuwe instellingen is er effectief nog een probleem. Het ter beschikking stellen van de website aan alle instellingen krijgt nu voorrang. Omdat dit nu is gerealiseerd, wordt nu de hoogste prioriteit gegeven aan de opmaak van het programma dat het forfait voor nieuwe instellingen moet herberekenen.

Dat zou in de loop van november 2012 klaar moeten zijn. Het huidige financieringsbesluit van de rusthuizen voorziet echter niet in een vergoeding omdat de herzieningen laat worden meegedeeld. Dat staat evenmin in het wijzigingsbesluit dat op 21 mei 2012 op het

des maisons de repos de collaborer au développement du nouvel outil? L'INAMI aura-t-il calculé le forfait pour le 1^{er} janvier?

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: L'application internet de l'INAMI pour les maisons de repos est à nouveau disponible depuis le 9 juillet 2012. Cette information a été communiquée aux établissements. La circulaire du 11 juillet 2012 fixait au 31 octobre la date butoir pour la communication par les maisons de repos des données relatives à la période de référence comprise entre le 1^{er} juillet 2011 et le 30 juin 2012.

Le 28 septembre 2012, il a été signalé aux établissements qu'ils pouvaient transmettre toutes les données par le biais de l'application internet. Toutefois, étant donné qu'aucun rapport intermédiaire n'a pu être imprimé, il leur a été demandé début octobre 2012 de reporter provisoirement la clôture de la période du 1^{er} juillet 2011 au 30 juin 2012. Le 29 octobre 2012, l'INAMI a fait savoir aux établissements non concernés par l'application du mini-accord social de 2011 qu'ils pouvaient clore la période.

Les établissements qui n'avaient pas encore clôturé l'ensemble des trimestres le 8 novembre ont reçu une lettre recommandée les informant que le délai courait jusqu'au 9 décembre 2012. Passé ce délai, leur forfait diminuera de 25 % à partir du 1^{er} janvier 2013.

Le programme chargé de recalculer le forfait pour les nouveaux établissements bénéficie actuellement de la priorité

verzekeringscomité werd goedgekeurd en waar de vertegenwoordigers van de sector aanwezig waren. Volgens de jongste informatie gaat het hier om 38 instellingen.

Het klopt dat de organisatie van rustoorden heeft voorgesteld om mee te helpen aan de ontwikkeling van een nieuwe tool. De organisatie onderschat echter ruimschoots de complexiteit van die toepassing. Het is vrij eenvoudig om te zorgen voor invoerschermen ten behoeve van de instellingen, maar de module om het forfait te berekenen is uiterst complex. De uitwerking daarvan alleen heeft het RIZIV tot nu toe al ongeveer 3 450 mandagen gekost.

De bedoeling is effectief dat het RIZIV het forfait in de loop van de maand januari van elk jaar kan meedelen. Sneller is niet mogelijk, want de berekening van het forfait hangt af van de berekening van de financiering voor de maatregelen van de eindeloopbaan die volgens het koninklijk besluit dat die financiering regelt, tegen eind januari moet gebeuren. Als de instellingen nog tot eind november hun gegevens kunnen meedelen, dient er voor de administratie van het RIZIV nog voldoende tijd over te blijven om de nodige controles op die gegevens uit te voeren alvorens het forfait te berekenen en mee te delen.

Daarnaast moet aan de berekening van het forfait vanaf 1 januari 2013 de financiering van de nieuwe categorie D nog worden toegevoegd. De besluiten die dat regelen, moeten ook nog gepubliceerd worden.

Dat is een precies en uitgebreid antwoord, maar het is dan ook belangrijk.

absolue.

L'actuel arrêté réglant le financement des maisons de repos ou encore l'arrêté royal de modification du 21 mai 2012 ne prévoient aucune indemnité pour les nouvelles institutions. Selon les dernières informations dont nous disposons, 38 établissements seraient concernés.

L'organisation des maisons de repos a effectivement proposé de collaborer au développement d'un nouvel outil, mais elle sous-estime la complexité de ce module. Son élaboration a déjà demandé à l'INAMI pas moins de 3 450 jours de travail!

L'objectif visé est que l'INAMI puisse communiquer le montant du forfait dans le courant du mois de janvier. Il est impossible d'aller plus vite car le calcul du financement des mesures de fin de carrière doit avoir lieu pour la fin janvier et l'INAMI doit pouvoir procéder aux contrôles nécessaires. À partir du 1^{er} janvier 2013, il faudra également ajouter au forfait le financement de la nouvelle catégorie D. Les arrêtés régissant ces mesures doivent encore être publiés.

01.03 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor het uitgebreid en gedetailleerd antwoord met de vele data. Ik denk dat uit de gegeven chronologie wel blijkt dat het een complex gegeven is.

Als er zich wijzigingen voordoen, dan zullen wij altijd kort op de bal moeten spelen om die applicatie in de toekomst zo efficiënt mogelijk te kunnen laten gebruiken.

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

02 Vraag van mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de valorisatie van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige in de geriatrie" (nr. 13699)

02 Question de Mme Ine Somers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la valorisation du titre professionnel particulier d'infirmier en gériatrie" (n° 13699)

02.01 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, mijn laatste vraag voor vandaag betreft de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige in de geriatrie.

01.03 Ine Somers (Open Vld): Nous devons faire diligence afin de pouvoir utiliser cette application de façon optimale à l'avenir.

02.01 Ine Somers (Open Vld): Le titre d'un infirmier titulaire d'un titre professionnel particulier en

Een verpleegkundige met een bijzondere beroepstitel in de geriatrie die werkzaam is in een acute G-dienst, ROB of RVT, ziet die bijzondere beroepstitel financieel gehonoreerd.

Een verpleegkundige met dezelfde beroepstitel die werkzaam is op een dienst Sp-chronisch, krijgt die financiële bezoldiging niet, ondanks het feit dat op die dienst toch wel dezelfde geriatrische patiënten worden verzorgd. De patiënten zijn immers afkomstig van de acute G-dienst.

In de Sp-dienst heeft men als doel te werken aan de zelfstandigheid van de patiënten, zodat ze opnieuw naar huis kunnen, met of zonder ondersteuning, of zodat ze naar een residentieel verblijf in een ROB of RVT kunnen.

Mevrouw de minister, ik verneem graag van u waarom de bijzondere beroepstitel geriatrie niet financieel wordt gehonoreerd voor verpleegkundigen die werkzaam zijn in de dienst "chronische".

De afgelopen jaren hebt u als minister stelselmatig de financiële bezoldiging van bijzondere beroepstitels uitgebreid. Zal ook worden voorzien in een uitbreiding voor de verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel geriatrie die werkzaam zijn in een dienst "chronische"?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw Somers, bijzondere beroepstitels en bekwaamheden in een ziekenhuisdienst worden pas gevaloriseerd indien er een norm bestaat die verpleegkundigen met een van die specialisaties vereist of voorrang geeft.

De normen met betrekking tot de chronische Sp-diensten vermelden geen verpleegkundigen met een specialisatie in de geriatrie. Dat is evenmin het geval in de andere Sp-diensten of in de diensten geneeskunde, hoewel daar heel wat oudere patiënten gehospitaliseerd zijn.

Op dit ogenblik bestaan er geen plannen om de norm van de Sp-diensten te wijzigen. Dat is immers een aangelegenheid die zal worden geregionaliseerd.

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

03 Questions jointes de

- M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la présence de moustiques potentiellement dangereux à Natoye et les initiatives prises pour les éradiquer" (n° 13844)

- Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le plan de surveillance scientifique entomologique suite à la présence de moustiques *Aedes japonicus* sur la commune de Natoye" (n° 14474)

03 Samengevoegde vragen van

- de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de aanwezigheid van potentieel gevaarlijke muggen in Natoye en de initiatieven die genomen werden om die kolonie uit te roeien" (nr. 13844)

gériatrie qui travaille dans un service G aigu est financièrement valorisé, mais il ne l'est pas pour un infirmier titulaire d'un titre identique mais travaillant dans un service Sp-chronique. Ils dispensent pourtant leurs soins aux mêmes patients. Pourquoi dans ce cas cette discrimination?

02.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Dans un service hospitalier, les titres professionnels particuliers ne sont valorisés que s'il existe une norme exigeant ou accordant la priorité aux infirmiers titulaires de ces spécialités. Les infirmiers spécialisés en gériatrie ne sont pas mentionnés dans les normes en vigueur dans les services Sp-chronique. Cette matière étant appelée à être régionalisée, aucun projet de modification de ces normes n'est prévu.

- mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de entomologische surveillance naar aanleiding van de muggenpopulatie van de soort *Aedes japonicus* die werd aangetroffen in de gemeente Natoye" (nr. 14474)

03.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai déjà interrogée à deux reprises sur le présent dossier, oralement en novembre 2011, et par écrit au mois de mai dernier. Je voudrais y revenir, aujourd'hui, suite aux dernières informations qui me sont revenues.

Pour rappel, la présence d'une colonie de moustiques *Aedes japonicus* est observée depuis quelques années déjà dans un stock de pneus localisé à Natoye, une très belle commune de la province de Namur. Cette colonie a fait l'objet d'une étude scientifique de l'UCL qui a pris fin en mars 2011. Jusqu'ici, la présence de ces moustiques n'avait pas été considérée comme problématique, dans la mesure où la colonie ne s'est pas étendue et où elle n'est pas porteuse du virus de la fièvre du Nil.

Si l'on en croit les experts scientifiques que j'ai pu consulter, une fois que la sélection s'est opérée entre les individus résistant le mieux à nos conditions climatiques, l'espèce peut se répandre rapidement au point d'échapper à tout contrôle. En outre, si le moustique entre en contact avec des personnes porteuses du virus de la fièvre du Nil, la situation peut devenir problématique puisque le vecteur de transmission est présent. Ce double risque amène, depuis de nombreux mois, les scientifiques à préconiser l'éradication de la colonie. La mesure la plus simple et la plus adéquate serait d'assécher totalement les pneus et de les couvrir d'une protection durant quelques semaines. Rien de très compliqué, ni de très onéreux donc.

Madame la ministre, quand je vous ai interrogée sur le sujet, aucune mesure concrète n'avait été annoncée, si ce n'est la mise en place d'une Conférence interministérielle sur le sujet. Il semble qu'au début du mois d'avril, la visite sur le site d'un représentant du SPF Santé publique ait confirmé qu'il y avait bien des gîtes larvaires primaires dans ce dépôt de pneus et qu'une intervention était, dès lors, urgente afin d'éviter le développement d'une population adulte. Selon un article de presse, cette opération aurait eu lieu les 12 et 13 avril dernier.

Il me revient, aujourd'hui, que de nouvelles colonies de ces moustiques auraient été découvertes dans les environs, cet été, y compris sur le territoire de communes contiguës de celle d'Hamois et que la décision aurait, enfin, été prise de les éradiquer. Pour ce faire une dérogation exceptionnelle aurait permis l'utilisation d'un biocide non autorisé en Belgique. Les communes concernées n'auraient pas été officiellement informées de la chose et les populations voisines non plus.

On peut regretter une réaction aussi tardive, qui a permis le développement de plusieurs colonies, le recours à des produits dangereux, alors que d'autres solutions auraient pu être utilisées, si le problème avait été traité en amont, ainsi que la non-association des communes et des populations concernées.

03.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen): Sinds enige jaren zijn er muggen van de soort *Aedes japonicus* aanwezig in een bandendepot in Natoye. Als ze zich verspreiden, zouden ze het Nijlvirus kunnen overdragen. De maatregelen om die muggenpopulatie uit te roeien zijn eenvoudig: het volstaat de banden volledig te drogen en ze enige tijd af te dekken. U kondigde echter enkel een interministeriële conferentie aan over dit onderwerp. Nadat in de aangrenzende gemeenten nieuwe kolonies werden ontdekt, zou er eindelijk beslist zijn gebruik te maken van een in ons land niet-toegelaten biocide. De gemeenten en de omwonenden werden daarvan echter niet op de hoogte gebracht.

Het valt te betreuren dat men pas zo laat in actie is gekomen, dat gebruik werd gemaakt van gevaarlijke producten – wat niet nodig was geweest – en dat er niet werd overlegd met de betrokken gemeenten en omwonenden.

Tot welke besluiten kwam de Interministeriële Conferentie Leefmilieu (ICL)? Welke initiatieven heeft uw FOD sinds november 2011 genomen? Bevestigt u dat er nieuwe kolonies van potentieel gevaarlijke muggen werden aangetroffen? Wanneer werd beslist de muggen uit te roeien? Welk product werd daartoe gebruikt en welke voorzorgsmaatregelen werden er genomen? Wat was de invloed daarvan op de fauna? Welke vergunningen waren er nodig? Waren er geen minder gevaarlijke alternatieven voorhanden? In welke mate werden de Waalse en gemeentelijke overheden op de hoogte gebracht?

Hoe werd de bevolking over het probleem geïnformeerd?

Madame le ministre, pouvez-vous me communiquer les conclusions de la Conférence interministérielle de l'Environnement à laquelle vous faisiez référence dans votre réponse du 16 novembre dernier qui devait aborder ce sujet, tant pour ce qui concerne la répartition des compétences que les méthodes d'action à utiliser face à ce type de problème?

Quelles mesures ont-elles été prises en la matière par votre SPF depuis novembre 2011?

Confirmez-vous la découverte de nouvelles colonies de ce moustique potentiellement dangereux dans les environs de Hamois? Si oui, où exactement et dans quelle quantité?

Confirmez-vous la décision d'éradiquer ces colonies? Quand et par qui a-t-elle été prise? Quand a-t-elle été mise en œuvre? Quel en est le résultat? Quel produit a-t-on utilisé? Quelle est sa dangerosité? Connaissons-nous exactement son impact sur la faune? Quelles étaient les autorisations nécessaires pour son utilisation? Quand ont-elles été obtenues? Des alternatives moins dangereuses n'existaient-elles pas? Quelles mesures de précaution ont-elles été appliquées en vue de l'utilisation de ce produit? Dans quelle mesure l'administration wallonne et les administrations communales, y compris celles des communes contiguës à Hamois – je pense ici à Assesse et Ciney – ont-elles été informées et concertées par rapport à ces opérations?

Quelles initiatives ont-elles été prises pour informer la population de ce problème et sur la façon dont il a été traité?

N'y a-t-il pas lieu de tirer toutes les conclusions de ce dossier de façon à ce que de nouveaux phénomènes du même type soient gérés de façon plus rapide, plus efficace, plus concertée et moins dangereuse pour la santé et l'environnement?

03.02 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, je ne vais pas refaire état de l'historique que M. Gilkinet vient de présenter.

Actuellement, deux sites sont sous contrôle grâce à l'application de VectoMax. La dérogation avait été accordée par le ministre de l'Environnement pour que la commune d'Hamois puisse faire procéder à l'application de ce produit sur les différents sites.

D'après les informations en notre possession, des prélèvements et des relevés de pièges sont effectués tous les 15 jours afin d'éviter toute prolifération. Nous ne pouvons que nous réjouir de l'intervention de la ministre et de son département dans ce dossier où, une fois encore, il était difficile de déterminer les compétences de chaque niveau de pouvoir pour résoudre ce problème de santé publique devant lequel une commune est totalement démunie.

Madame la ministre, j'ai eu le plaisir de vous interroger il y a quelques mois sur ce sujet. J'ai noté que la Conférence interministérielle de l'Environnement (CIE) avait décidé de mettre sur pied en 2011 un groupe de travail Moustiques composé de différentes administrations fédérales et régionales compétentes en matière d'environnement et de santé publique.

Kan er uit dat dossier geen lering worden getrokken opdat er wanneer het verschijnsel zich opnieuw zou voordoen sneller zou kunnen worden ingegrepen, met meer overleg en op een wijze die minder schadelijk is voor de volksgezondheid en het milieu?

03.02 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Ik wil er nog aan toevoegen dat men twee sites in de gemeente Hamois onder controle heeft gekregen met behulp van Vectomax, waarvoor er een afwijking werd verleend door de minister van Milieu. Om verdere proliferatie te voorkomen worden de vallen om de twee weken gecontroleerd.

Hoe staat het met het entomologisch bewakingsplan dat door de Interministeriële Conferentie Leefmilieu (ICL) diende te worden goedgekeurd? Welke lessen heeft u getrokken uit de uitroeiing van de muggen en hun larven in Natoye? Wat is de aanbevolen procedure? Wie zal de kosten daarvan voor zijn rekening nemen? Momenteel belopen ze al bijna 3 500 euro en worden ze

Sachant que cette surveillance entomologique relève principalement des Régions mais que par ailleurs, l'Institut scientifique de Santé publique participe activement au groupe de travail et enfin, qu'un projet de plan de surveillance au niveau entomologique est attendu d'ici la fin de l'année pour approbation par la Conférence interministérielle de l'Environnement, j'aurais aimé savoir où en était la mise en œuvre de ce plan.

Ayant été confrontés à cette situation, il est, pour nous, essentiel que des procédures claires soient établies afin de pouvoir y faire face à l'avenir, d'autant plus que ce phénomène risque de se reproduire selon les dires des scientifiques. Avez-vous tiré des enseignements de l'expérience d'éradication des moustiques et larves à Natoye dans le cadre de la mise sur pied d'un tel plan? Qu'en est-il de la procédure préconisée et de la prise en charge de son coût? La commune a pris en charge ce coût, qui avoisinait les 3 500 euros, ce qui n'est pas rien.

03.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, je trouve magnifique que Mme Warzée ait déjà répondu partiellement à sa question!

Je poursuis en tâchant de me montrer précise. Parmi les actions entreprises par la Conférence interministérielle de l'Environnement, nous avons l'accord sur un premier tableau de répartition de compétences basée sur les voies d'entrée principales possibles des moustiques exotiques et la décision de mettre en œuvre un plan de surveillance et de contrôle des moustiques exotiques.

En ce qui concerne la problématique de la commune de Natoye, je me permets de vous rappeler que la gestion de ce type d'événement relève des compétences des communes et des Régions. Dès lors, il est inutile de se poser de grandes interrogations: la situation est claire et nette.

Néanmoins, face à l'absence d'action spécifique pour éradiquer les moustiques, nous avons décidé d'élaborer un plan d'action en étroite collaboration avec l'administration de la commune de Hamois, l'Institut scientifique de Santé publique, l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, la protection civile de Libramont et des experts spécialisés dans la démoustication.

L'action proprement dite a été mise en œuvre les 12 et 13 avril 2012. Elle a permis l'élimination des larves et des moustiques adultes présents sur le site. Des larves ont également été détectées dans un arbre à proximité de l'exploitation, ainsi que dans un fût d'eau de pluie dans une ferme de Vincon. Les mesures adéquates ont à chaque fois été prises.

Les produits biocides utilisés, pour lesquels une dérogation a été accordée à titre exceptionnel, sont en fait les plus adaptés pour le traitement de ces moustiques. Toute autre option insecticide aurait eu une efficacité faible sur cette espèce tout en présentant un profil de risques beaucoup plus important pour la santé humaine et environnementale. Ces produits sont par ailleurs recommandés par la communauté scientifique internationale ainsi que par l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte contre les moustiques exotiques; ils sont utilisés régulièrement en France et aux États-Unis.

door de gemeente gedragen.

03.03 **Minister Laurette Onkelinx**: De Interministeriële Conferentie Leefmilieu heeft overeenstemming bereikt over een eerste tabel inzake de bevoegdheidsverdeling op grond van de belangrijkste mogelijke toegangsroutes van exotische muggen. Ze heeft beslist een plan voor de monitoring en controle van exotische muggen te implementeren.

De gemeenten en Gewesten zijn bevoegd voor het beheer van gebeurtenissen zoals die in Natoye. Omdat er geen specifieke maatregelen bestonden om dergelijke verschijnselen aan te pakken, hebben we in nauwe samenwerking met de gemeente Hamois en andere gespecialiseerde partners een actieplan uitgewerkt, dat op 12 en 13 april 2012 werd toegepast.

De ingezette biociden, waarvoor er uitzonderlijk een afwijking werd toegekend, zijn het meest geschikt om die soort uit te roeien, terwijl ze minder risico's inhouden voor de menselijke gezondheid en het milieu. De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt het gebruik ervan aan.

Met het oog op het opstellen van een preventief en curatief actieplan heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid beslist een werkgroep op te richten.

En ce qui concerne la concertation avec les diverses administrations, l'administration communale a été étroitement associée à l'élaboration du plan d'éradication.

Parmi les principales conclusions que je tire de ces événements, je soulignerai la nécessité de mettre en place un plan d'action préventif et curatif. Le 18 juin dernier, la Conférence interministérielle de la Santé publique a décidé de mettre sur pied un groupe de travail en vue de maximiser les synergies sur ce dossier. Nous suivrons l'affaire de près.

Enfin, l'analyse de risque de mes administrations indique clairement que les risques pour la santé publique, en cas de prolifération de ces espèces exotiques, sont bien plus importants que les risques liés à une éradication.

03.04 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen): Madame la ministre, il vaut donc mieux prévenir que guérir! À chaque fois que j'ai posé cette question, j'ai assisté à un renvoi vers les compétences des uns et des autres. Au total, il semble que l'intervention est tardive et a nécessité l'emploi d'un biocide. Bien que ce soit parfois nécessaire, nous avons constaté aussi une extension des colonies jusque Vincon, si pas Reuleau ou jusqu'à d'autres hameaux de la région de Hamois, sur la commune de Ciney ou d'Assesse.

J'espère qu'il ne sera plus question d'extension et que c'est la dernière fois que nous parlons de ces moustiques. J'espère aussi que toutes les conclusions pourront être tirées de ces événements afin que nous puissions intervenir le plus possible en amont en utilisant des méthodes moins invasives. Selon les scientifiques, une couverture des larves était suffisante. Nous avons attendu, nous avons hésité...

J'espère que la dimension tardive de cette intervention ne portera pas préjudice. Comme il me semble vous l'avoir entendu dire, j'espère que nous pourrions en tirer toutes les conséquences et agir de façon plus rapide par rapport à ce problème piquant et qui peut provoquer, outre des démangeaisons, des problèmes de santé publique.

03.05 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Je vous remercie, madame la ministre, pour la réponse. Je me réjouis de la mise en place de ce plan curatif et préventif, qui sera à disposition des communes. Par contre, je suis un peu plus sceptique sur votre proposition qui donne la responsabilité de cette action aux communes et aux Régions.

En ce qui concerne ma commune, nous avons écrit à l'ensemble des ministres, que cela soit de la Région, de la Communauté ou du fédéral: tous ont gentiment répondu par une lettre d'accusé de réception, mis à part le ministre Henry qui n'a pas répondu, et vous êtes la seule à être intervenue. Alors si aujourd'hui vous me dites que la prochaine fois vous n'interviendrez pas...

03.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je n'ai pas dit cela. Je trouve effectivement que la Région aurait dû intervenir. Je suis très claire sur le sujet. Mais peu importe, quand il y a un danger... J'ai mis en branle tout un processus pour régler ce problème. Pour ne plus être confrontés à cela dans l'avenir, nous travaillons en Conférence interministérielle de la Santé publique pour que chacun puisse réaliser

Indien die exotische soorten zich zouden verspreiden, loopt de volksgezondheid een veel groter risico dan bij de uitroeiing ervan.

03.04 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen): Omdat de verschillende bevoegdheidsniveaus de hete aardappel naar elkaar doorschoven, is men pas laattijdig in actie gekomen, waardoor men gebruik heeft moeten maken van een biocide en er zich muggenkolonies konden verspreiden tot in Ciney en Assesse.

Ik hoop dat dat niet zo is, en dat we voortaan zo snel mogelijk zullen kunnen ingrijpen, met minder agressieve methodes, bijvoorbeeld door de larven af te dekken.

03.05 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Ik ben blij dat er een actieplan ter beschikking wordt gesteld van de gemeenten met het oog op de preventie én de uitroeiing van exotische muggensoorten. Ik stel echter vast dat u de enige bent die actie heeft ondernomen en ben dus wel wat ongerust, omdat dit eigenlijk een bevoegdheid van de gemeenten en de Gewesten is.

03.06 Minister Laurette Onkelinx: Eigenlijk was dit een taak voor het Gewest, maar ik heb het probleem geregeld omdat er gevaar was. Om dat soort situaties in de toekomst te voorkomen, werken

son job!

we samen in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

03.07 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Je vous remercie. Si notre expérience a pu servir à la mise en place d'un plan, c'est le principal!

03.07 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Dankzij deze ervaring werd er een actieplan opgesteld en dat is het allerbelangrijkste.

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

*Président: Hans Bonte.
Voorzitter: Hans Bonte.*

De **voorzitter**: Aangezien de heer Vercamer niet aanwezig is, vervalt zijn vraag nr. 13857.

04 Question de M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la mesure relative à la contraception des jeunes" (n° 13887)

04 Vraag van de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de maatregel in verband met anticonceptie voor jongeren" (nr. 13887)

04.01 Franco Seminara (PS): Madame la ministre, l'Assemblée nationale française s'apprête à accepter un amendement dans le cadre du budget de la Sécurité sociale pour 2013 visant le remboursement intégral de la contraception des jeunes filles âgées de 15 à 18 ans. En Belgique, les jeunes filles âgées de moins de 21 ans reçoivent depuis le 1^{er} mai 2004 une intervention supplémentaire dans le prix de certains moyens de contraception.

04.01 Franco Seminara (PS): De Franse Assemblée nationale zal eerlang de volledige terugbetaling van voorbehoedmiddelen voor meisjes tussen 15 en 18 jaar goedkeuren. In België hebben meisjes jonger dan 21 jaar recht op een bijkomende bijdrage in de kosten voor de aankoop van bepaalde voorbehoedmiddelen. Die maatregel werd herhaaldelijk geëvalueerd. Veel meisjes die voorbehoedmiddelen gebruiken, moeten daar nog de helft zelf van betalen, omdat de gratis anticonceptiemiddelen zelden worden voorgeschreven.

Lors de l'achat en pharmacie du moyen de contraception, cette intervention est automatiquement octroyée sur présentation de la carte SIS de la jeune fille. L'objectif de cette mesure est de prévenir les grossesses non désirées. Cette mesure a été évaluée à plusieurs reprises.

Hoeveel meisjes hebben sinds 2004 van die maatregel gebruik gemaakt? Werd die maatregel sinds 2008 nog geëvalueerd? Wat zijn de conclusies van die evaluatie? Is er een evolutie in het voorschrijfgedrag merkbaar? Hoe zal men het voorschrijven van goedkopere pillen die voldoen aan de internationale aanbevelingen stimuleren?

L'agence intermutualiste (IMA) a ainsi fait remarquer en 2008 que si certaines pilules, grâce à cette mesure, étaient totalement gratuites (les contraceptifs de deuxième génération), il demeurerait qu'une très grande majorité de consommatrices de pilules oestro-progestatives devaient encore déboursier près de la moitié du coût de leur moyen contraceptif.

En effet, ce coût à charge des patientes est tributaire des prescriptions établies et ainsi, les pilules gratuites sont peu prescrites contrairement aux pilules plus récentes et plus chères, davantage promotionnées par les firmes.

Madame la ministre, depuis 2004, combien de jeunes filles ont-elles profité de cette mesure? Une évaluation de cette mesure a-t-elle été réalisée depuis 2008? Si oui, quelles conclusions ont-elles été tirées?

En ce qui concerne le reste à charge relatif au coût de certaines pilules, disposez-vous de données permettant de constater une évolution des prescriptions des médecins? Quelles sont les mesures qui ont été prises pour stimuler les dispensateurs de soins à prescrire

des pilules à la fois meilleur marché et conformes aux recommandations internationales?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Seminara, le numéro anonyme du patient n'est plus disponible dans la banque de données Pharmanet avant 2007. Je ne peux, dès lors, vous fournir l'évolution du nombre de jeunes filles ayant bénéficié d'une intervention dans le cadre de l'intervention spéciale pour la contraception des jeunes avant cette date.

En 2007, 203 071 jeunes femmes ont bénéficié d'une intervention dans le cadre de l'intervention spéciale pour la contraception des jeunes. En 2009, ce nombre était de 227 211 et en 2011 de 213 254.

Le nombre de journées couvertes par la prescription de contraceptifs sans aucune intervention personnelle du bénéficiaire est en croissance. En 2007, cela concernait 15 % des doses journalières prescrites, en 2009, 38 %, en 2011, 49 %.

En 2011, le groupe de travail pour l'évaluation de l'usage des contraceptifs chez les jeunes a estimé que cette mesure seule était insuffisante, mais que sa suppression aurait, comme vous vous en doutez, des conséquences en termes de nombre de grossesses non planifiées dans cette frange de la population.

L'effort pour améliorer l'accès à la contraception doit être poursuivi, mais il ne doit pas l'être uniquement sous l'angle du remboursement. Il faut l'intégrer dans une approche plus globale.

Le groupe de travail propose des campagnes d'information destinées aux jeunes sur les différentes méthodes contraceptives disponibles et sur leur remboursement, une campagne de responsabilisation dans les pharmacies ouvertes au public et d'autres encore qui seront destinées aux médecins de famille et aux spécialistes afin de les encourager à prescrire des contraceptifs de deuxième génération, lesquels sont moins chers mais tout aussi efficaces que ceux de la troisième génération.

D'une concertation entre le président du groupe de travail et la cellule stratégique, on a pu déduire qu'au cours des cinq années pendant lesquelles cette mesure a été financée, le nombre d'avortements dans la catégorie des filles les plus jeunes est resté stable.

Pour 2013, le Comité de l'assurance doit encore formuler des propositions de financement.

04.03 Franco Seminara (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Plus que jamais, je constate que la condition des jeunes femmes est au cœur de vos préoccupations. C'est très important. Je me réjouis des efforts entrepris, qui doivent être poursuivis. Je trouve formidable que vous ayez entrepris ces campagnes de sensibilisation.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 13892 van collega Becq werd omgezet in een schriftelijke vraag.

04.02 Minister Laurette Onkelinx: Het anonieme patiëntnummer van vóór 2007 is niet meer beschikbaar in de databank Farmanet van vergoedbare geneesmiddelen afgeleverd in openbare officina's. In 2007 hebben 203 071 jonge vrouwen een terugbetaling genoten, in 2011 waren dat er 213 254. Het aantal dagen dat gedekt wordt door een voorschrift voor contraceptiva zonder persoonlijke bijdrage van de begunstigde is in dezelfde periode gestegen van 15 naar 49 procent.

De werkgroep voor de evaluatie van het gebruik van anticonceptie door jongeren oordeelde dat die maatregel an sich niet volstaat, maar dat de afschaffing ervan een toename van het aantal ongeplande zwangerschappen in de hand dreigt te werken. Men mag het probleem niet uitsluitend benaderen uit het oogpunt van de terugbetaling. De werkgroep stelt voor informatiecampagnes op te zetten voor jongeren, evenals een responsabiliseringscampagne in de apotheken en een informatie-campagne bij de huisartsen en specialisten om hen ertoe aan te zetten contraceptiva van de tweede generatie voor te schrijven, die goedkoper zijn en even efficiënt zijn als de recentste middelen.

Het aantal abortussen bij jonge tieners is de voorbije vijf jaar stabiel gebleven.

05 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'accompagnement des patients atteints du psoriasis" (n° 13919)

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la validation du cadre budgétaire pour la prise en charge du traitement du psoriasis" (n° 13923)

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de begeleiding van psoriasispatiënten" (nr. 13919)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het valideren van een budgettair kader voor de behandeling van psoriasis" (nr. 13923)

05.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la ministre, le 29 octobre dernier avait lieu la Journée mondiale du psoriasis. En Belgique, on estime que près de 300 000 personnes souffrent de cette maladie de la peau qui affecte tant l'intégrité physique des personnes que leur état émotionnel et leur situation sociale.

Un débat s'est tenu ici au parlement en 2009 visant à défendre l'offre multidisciplinaire de soins proposés dans des centres de jour. Après un long travail de concertation entre les mutualités, l'INAMI, les dermatologues et le cabinet des Affaires sociales, un accord avait été trouvé et une enveloppe budgétaire définie. Malheureusement, l'arrêté d'exécution n'aurait pas encore été publié. Le budget n'a dès lors pas été débloqué.

Un premier centre de jour très bien équipé, semble-t-il, a été ouvert à la Clinique Sainte-Elisabeth de Namur mais l'ouverture d'autres centres est prévue. Ces centres sont nécessaires au traitement de nombreux patients. Les budgets doivent donc pouvoir suivre.

Madame la ministre, pouvez-vous nous expliquer le retard pris par cet arrêté d'exécution et nous dire ce qu'il en est?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Snoy, à la suite de la Journée du psoriasis organisée au parlement en 2009, il a été demandé à la section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques d'examiner la nécessité de financer des centres de traitement de jour du psoriasis et de remettre une proposition budgétisée concernant l'organisation des soins pour des affections dermatologiques graves, que ce soit le psoriasis ou d'autres affections dermatologiques. Un groupe de travail composé de dermatologues et de membres de la section scientifique a été constitué. Il a remis son rapport en juin 2011.

La proposition consiste à financer des centres de traitement de jour pour des affections dermatologiques sévères réparties en trois catégories: le psoriasis et le parapsoriasis, les eczéma et kératodermies et les pathologies bulleuses. Les traitements dispensés en centres de traitement dermatologiques sont destinés aux patients, sans limite d'âge, qui présentent une affection dermatologique à un stade sévère, chronique, nécessitant des soins locaux intensifs, spécialisés et qui ne peuvent pas être administrés au domicile. Ces centres de traitement pour affections dermatologiques

05.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Op 29 oktober jongstleden vond de Werelddag Psoriasis plaats. In ons land lijden 300 000 mensen aan die huidziekte, die niet alleen hun fysieke integriteit aantast, maar ook gevolgen heeft op emotioneel en zelfs op sociaal vlak.

In dit parlement werd in 2009 een lans gebroken voor een multidisciplinair zorgaanbod in dagcentra. Na overleg tussen de ziekenfondsen, het RIZIV, de dermatologen en het kabinet van Sociale Zaken werd er een akkoord bereikt en werden er kredieten afgesproken. Het uitvoeringsbesluit zou echter nog steeds niet gepubliceerd zijn! Vanwaar die vertraging?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: In het verlengde van de Werelddag Psoriasis die in 2009 werd georganiseerd, heeft het Observatorium voor de chronische ziekten de financiering van de dagbehandelingscentra tegen het licht gehouden en een voorstel geformuleerd voor de organisatie van het zorgaanbod voor ernstige huidaandoeningen. In 2011 heeft een werkgroep een rapport ingediend.

De dagbehandelingscentra zouden worden gefinancierd voor ernstige, chronische huidaandoeningen die intensieve en gespecialiseerde verzorging vereisen die thuis niet kan worden verstrekt. Die centra

doivent disposer d'une infrastructure et d'un équipement complet afin d'assurer une prise en charge optimale des patients et ils doivent être intégrés à des hôpitaux disposant d'un service de dermatologie.

Le budget pour financer ces centres de traitement a été estimé à 1 350 000 euros. Le rapport a été approuvé par le Comité de l'assurance le 12 septembre 2011 et transmis à la Commission de convention hôpitaux-organismes assureurs et au Collège des médecins-directeurs. Malheureusement, étant donné le contexte budgétaire, le projet n'a pas trouvé de financement.

Je vais demander qu'on réétudie la proposition. Je pense qu'une solution pourrait consister en l'organisation de traitements en ambulatoire. On pourrait ainsi éviter les hospitalisations onéreuses et éventuellement limiter leur durée. Je demanderai donc à l'INAMI et au SPF Santé publique de faire une analyse d'impact à l'aide des données disponibles dans les données hospitalières minimales sur les hospitalisations des groupes cibles des patients que j'ai évoqués.

Je n'abandonne pas mais il n'est pas facile de trouver des financements en cette période. Peut-être qu'avec cette méthode, nous apporterons une solution à des personnes qui en ont vraiment besoin.

moeten over een de nodige infrastructuur en een volledige uitrusting beschikken en moeten deel uitmaken van ziekenhuizen met een afdeling dermatologie.

De middelen werden begroot op 1 350 000 euro. Het rapport werd op 12 september 2011 goedgekeurd door het Verzekeringscomité en overgezonden aan de Overeenkomstencommissie verpleeginrichtingen- verzekeringsinstellingen en aan het College van geneesheren-directeurs. Wegens de budgettaire context konden de nodige financiële middelen echter niet worden vrijgemaakt.

Ambulante behandelingen zouden een oplossing kunnen bieden, om dure ziekenhuisopnamen te voorkomen en de duur ervan te beperken. Ik zal het RIZIV en de FOD Volksgezondheid vragen de impact op de doelgroep van patiënten te analyseren aan de hand van de minimale ziekenhuisgegevens.

Het is niet makkelijk om financieringen te vinden. Misschien kunnen we op die manier een oplossing aanreiken voor wie dat nodig heeft.

05.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la ministre, je vous remercie. Je trouve cela dommage car c'était un projet qui paraissait très cohérent et qui répondait vraiment à la demande, même à une demande plus large que celle des patients victimes du psoriasis.

Le traitement en ambulatoire est une piste alternative mais la question est de savoir si la réponse au problème sera la même. Il semble que dans ces centres de jour, le patient trouve un ensemble de services complémentaires en ce qui concerne les médicaments et le bien-être qu'il ne peut peut-être pas se procurer en ambulatoire.

Il ne faut pas oublier toutes les personnes touchées par cette affection. Il ne faut pas oublier non plus l'objectif de prise en charge globale.

05.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Het is jammer, want dit was een coherent project dat inspeelde op een bestaande vraag.

Ambulante behandelingen kunnen een alternatief zijn, maar zal het probleem op dezelfde manier kunnen worden aangepakt? In de dagcentra kunnen de patiënten een beroep doen op aanvullende diensten, die in het kader van de ambulante behandelingen ontbreken

Veel mensen lijden aan die aandoening. Men mag de doelstelling van een globale behandeling niet uit het oog verliezen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 13957 van mevrouw Detiège is uitgesteld.

06 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "laparoscopische galblaasoperaties" (nr. 14005)

06 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la cholécystectomie par laparotomie" (n° 14005)

06.01 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, indien een ingreep is aangewezen bij personen met galstenen, opteert men in 95 % van de gevallen voor een laparoscopische galblaasverwijdering in plaats van een openbuikoperatie. Slechts 4 % van deze operaties gebeurt met een daghospitalisatie, terwijl verscheidene klinische studies en een meta-analyse hebben uitgewezen dat de resultaten van daghospitalisatie op vlak van postoperatieve pijn en eventuele complicaties dezelfde zijn als bij klassieke ziekenhuisopnames. De behandeling via daghospitalisatie zou 40 % minder kosten voor de patiënten en 45 % minder voor de ziekteverzekering. In het Verenigd Koninkrijk is de daghospitalisatie voor deze behandeling dan ook gestegen van 10 % naar 61 %.

Zou het niet aangewezen zijn om ook bij ons te stimuleren dat laparoscopische galblaasverwijderingen via een gewone daghospitalisatie zouden worden uitgevoerd?

Hoe kan men de keuze voor een daghospitalisatie bevorderen zonder al te veel afbreuk te doen aan de therapeutische vrijheid van de behandelende arts?

Zou het niet aangewezen zijn om in te gaan op het voorstel van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen om in overleg met de betrokken sector Belgische aanbevelingen uit te werken, om zo samen werk te maken van een doelgerichte communicatie en voorlichting van alle betrokken actoren over de voordelen van daghospitalisatie? Zo kan men meteen de organisatie van de nazorg op poten zetten.

Welke factoren kunnen de keuze voor daghospitalisatie bij een galblaasverwijdering en de beperking van de onkosten, zowel voor de patiënt als voor de overheid, nog in de weg staan? Kan men dit oplossen?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Het uitvoeren van de laparoscopische galblaasverwijdering of cholecystectomie *in one day* wordt in het buitenland en voornamelijk in de Verenigde Staten gestimuleerd. Dat gebeurt grotendeels om financiële redenen. In veel Europese landen, waaronder België, is de *one day* voor een dergelijke ingreep zeker nog niet ingeworteld, bij patiënten noch artsen. Er zijn inderdaad enkele studies verschenen waarin voor cholecystectomieën de onedaybehandeling als even veilig wordt beschouwd als de klassieke hospitalisatie. Daar zijn echter medische beperkingen aan: het gaat meestal om patiënten tussen 18 en 70 jaar met een ASA-score 1 of 2, dus in goede algemene conditie, met ongecompliceerde

06.01 Rita De Bont (VB): Seulement quatre pourcents des cholécystectomies par laparotomie sont réalisées en chirurgie de jour alors que des études ont démontré que les douleurs postopératoires et les éventuelles complications ne sont pas différentes que dans le cas d'une hospitalisation. Le traitement en chirurgie de jour est quarante pourcents moins cher pour le patient et 45 pourcents moins cher pour l'assurance-maladie. Ne conviendrait-il dès lors pas d'encourager la cholécystectomie par laparotomie en hospitalisation de jour? Je pense à une campagne d'information sur le sujet, comme le propose également la Fédération des mutualités indépendantes.

06.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Les États-Unis privilégient les hospitalisations de jour en cas d'ablation de la vésicule biliaire par laparoscopie (ou cholécystectomie). Cet usage n'est pas encore tellement répandu en Europe.

Dans certains cas, l'hospitalisation de jour pour une cholécystectomie

galblaasstenen, met een BMI lager dan 35 enzovoort. De patiënten die niet voldoen aan die criteria, hebben vanuit medisch oogpunt een klassieke hospitalisatie nodig.

Om de ingreep *in one day* te stimuleren, blijven er dus medische beperkingen in verband met de toestand van de patiënt. Vooral is er een mentaliteitsverandering nodig, die kan worden gestimuleerd door het opnemen van die verstrekkingslijsten in de lijst van verstrekkingslijsten die aanleiding geven tot het aanrekenen door het ziekenhuis van een bedrag voor het dagziekenhuis. Dat betekent vandaag dat er financiële middelen moeten worden vrijgemaakt, wat in de huidige budgettaire context geen vanzelfsprekendheid is. De kernvraag is daarbij: dient in bijkomende middelen te worden voorzien of volstaat het om het budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen te verminderen, omdat men ervan uit kan gaan dat de klassieke hospitalisatie wordt vervangen door daghospitalisatie?

De problematiek maakt het voorwerp uit van een studie die momenteel wordt uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum. Ik ga ervan uit dat in de studie het huidige functioneren van het dagziekenhuis wordt geanalyseerd en er dan ook aanbevelingen zullen worden voorgesteld om zo veel mogelijk klassieke hospitalisaties te vervangen door daghospitalisaties.

Wat de studie van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen betreft, wens ik toch te onderstrepen dat er meer onderzoek nodig is naar het effect van de vervanging van de klassieke hospitalisatie door opname in het dagziekenhuis bij een ingreep zoals de galblaasverwijdering. Ik heb het dan voornamelijk over de gevolgen ervan op de nazorg en de daaraan gekoppelde financiële weerslag, zowel voor het ziekenhuis en andere zorgverstrekkers als voor de patiënt.

06.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, het verheugt mij in ieder geval dat het Kenniscentrum bezig is met een studie over die materie. U spreekt wel over de Verenigde Staten, maar ook in het Verenigd Koninkrijk gebeurt dat om financiële redenen.

Ook bij ons zijn er besparingen aan de orde. Als dat zonder nadelige gevolgen is, dan denk ik dat wij daarop zeker moeten ingaan. Natuurlijk zullen er middelen vrijgemaakt moeten worden voor de daghospitalisatie, maar ik neem aan dat de patiënten in daghospitalisatie niet meer klassiek gehospitaliseerd zullen worden. Dat is dus gewoon een verschuiving van de middelen en, naar ik meen, een besparing.

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

est jugée aussi sûre qu'une hospitalisation classique, mais il existe toutefois des restrictions. Les patients doivent être âgés entre 18 et 70 ans, avoir obtenu un score ASA de 1 ou 2, avoir avec des formes simples de calculs vésiculaires et un IMC inférieur à 35.

Faire figurer l'hospitalisation de jour sur la liste des prestations pour lesquelles l'hôpital peut attendre une contribution encouragerait l'hospitalisation de jour en cas de cholécystectomie. Cela signifie que des moyens devraient être dégagés, ce qui n'est pas simple. La question est de savoir s'il sera suffisant de réduire le budget pour les hôpitaux, sachant que l'on passera de l'hospitalisation classique à l'hospitalisation de jour. Le Centre fédéral d'expertise mène actuellement une étude sur le fonctionnement de l'hospitalisation de jour et fera des recommandations.

En ce qui concerne l'étude de l'Union nationale des mutuelles indépendantes, je souligne que d'autres études sont nécessaires. Je pense notamment aux conséquences d'une hospitalisation de jour sur la surveillance médicale après l'hospitalisation et aux répercussions financières qui en découleraient.

06.03 Rita De Bont (VB): Je me réjouis en tout cas que le Centre fédéral d'expertise réalise une étude. Si les conséquences ne s'avèrent pas négatives, nous devons sans aucun doute promouvoir l'hospitalisation de jour qui représente une économie considérable. Les moyens dégagés pour l'hospitalisation de jour devront être augmentés, en revanche cela implique une diminution du nombre de patients hospitalisés.

07 Question de Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la maladie de Huntington" (n° 14023)

07 Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de ziekte van Huntington" (nr. 14023)

07.01 Valérie De Bue (MR): Monsieur le président, madame la ministre, en Belgique, plus ou moins 1 000 personnes sont victimes de la maladie de Huntington, pour l'instant incurable. Les familles concernées regrettent le manque d'appui. En effet, pour ne prendre que l'exemple de la Wallonie, seuls 40 lits sont disponibles. Aucune structure d'accueil n'existe dans le Hainaut ou encore dans le Luxembourg. Ce manque de places implique irrémédiablement une prise en charge trop tardive des malades. En outre, les familles doivent faire face à des dépenses financières difficiles à assumer. Le coût des soins, des équipements, des compléments alimentaires ou encore des médicaments sont autant de dépenses toujours délicates pour une famille. Enfin, ces familles ne connaissent pas le répit tant elles doivent être disponibles presque 24 heures sur 24 pour accompagner, soigner, aider leur parent malade.

Nous savons que le Comité de l'assurance de l'INAMI se penchait, début 2012, sur l'évaluation de la prise en charge des patients atteints de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique ou de la maladie de Huntington. Par ailleurs, ledit Comité avait demandé à la Commission de convention hôpitaux-organismes assureurs d'examiner la redistribution du nombre de places disponibles.

Madame la ministre, pouvez-vous faire le point sur cette problématique? Quels sont les grands enseignements de ce rapport d'évaluation? Quelles sont les pistes qui y sont avancées? Qu'en est-il de la redistribution éventuelle du nombre de places disponibles proposé par la Commission de convention? La création de places supplémentaires est-elle envisagée pour 2013?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chère collègue, des conventions dites Huntington ont en effet été signées depuis 2009 entre l'INAMI et trois hôpitaux de référence, pour la Flandre l'hôpital Sint-Kamillus à Bierbeek, pour la Wallonie, l'intercommunale dénommée Le Péri à Liège et l'hôpital psychiatrique du Beauvallon à Namur.

Des améliorations peuvent et doivent encore être apportées. C'est d'ailleurs encore pour cette raison que des évaluations sont menées.

En ce qui concerne le manque de places, l'analyse des rapports d'activité 2011 montre que le problème est réel. La Flandre connaît la situation la plus critique en matière de saturation puisqu'il n'existe qu'une seule convention pour l'entièreté de la Région.

Cette situation a fait l'objet de recommandations de la part de la plate-forme fédérale, laquelle a été instituée au sein du SPF Santé publique dès 2011. Cette plate-forme formule annuellement des recommandations et les soumet au Comité d'assurance du service

07.01 Valérie De Bue (MR): In België lijden duizend mensen aan de ongeneeslijke ziekte van Huntington. Door het gebrek aan opvangplaatsen worden ze te laat behandeld, worden hun families met heel hoog oplopende kosten geconfronteerd en moeten die families nagenoeg de klok rond voor die patiënten zorgen.

Het verzekeringscomité van het RIZIV heeft zich over de kosten van de verzorging van die patiënten gebogen en heeft de overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringinstellingen gevraagd de herverdeling van de beschikbare plaatsen te onderzoeken.

Kan u een stand van zaken meedelen? Welke lering wordt er uit het evaluatieverslag getrokken en welke pistes worden er aangereikt? Hoe staat het met de door de voornoemde commissie voorgestelde herverdeling van de beschikbare plaatsen? Wordt er overwogen om in 2013 in bijkomende plaatsen te voorzien?

07.02 Minister Laurette Onkelinx: Sinds 2009 heeft het RIZIV 'Huntingtonovereenkomsten' gesloten met drie referentie-ziekenhuizen. Het tekort aan plaatsen is echter een reëel probleem, met name in Vlaanderen, en het bij de FOD Volksgezondheid ingestelde federaal platform heeft dienaangaande aanbevelingen geformuleerd. De overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringinstellingen heeft bijgevolg in 2011 een budget ingeschreven voor een bijkomende overeenkomst in Vlaanderen, maar wegens de moeilijke budgettaire context kon

des soins de santé de l'INAMI.

À la suite de ces recommandations, la Commission des conventions entre hôpitaux et organismes assureurs a inscrit en 2011, dans ses besoins pour l'année 2012, le budget nécessaire à l'ouverture d'une convention supplémentaire en Flandre constituée de cinq lits hospitaliers et de quinze lits résidentiels.

Cette demande de budget n'a cependant pas pu être retenue étant donné le contexte budgétaire extrêmement difficile.

En ce qui concerne le niveau de saturation de la convention en Flandre, ainsi que la situation des conventions Beauvallon et Péri, les moyens budgétaires existent et les modalités d'exécution de la mesure doivent encore être examinées.

Je voudrais insister sur le fait que je suis très reconnaissante envers les ligues pour leur travail précieux. En effet, elles se sont fortement impliquées dans le développement des projets.

J'examinerai dans le contexte budgétaire actuel la demande de soutien développée par la plate-forme fédérale de financer des modules de formation pour l'ensemble des prestataires de soins auprès des hôpitaux impliqués dans le projet et ce, en collaboration avec les ligues.

07.03 Valérie De Bue (MR): Madame la ministre, si j'ai bien compris, il n'y a pas de possibilité de créer des places supplémentaires dans le contexte budgétaire actuel mais on peut améliorer la formation du personnel médical qui doit prendre ces personnes en charge. (*Oui*)

Je sais qu'il s'agit également d'une demande des ligues.

J'espère qu'on pourra continuer à accompagner ces familles lourdement touchées.

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

08 Questions jointes de

- M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la nouvelle réglementation relative au remboursement de l'oxygénothérapie" (n° 14024)

- M. David Clarinval à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'oxygénothérapie à domicile" (n° 14294)

- Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la réforme de l'oxygénothérapie" (n° 14301)

08 Samengevoegde vragen van

- de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de nieuwe regelgeving met betrekking tot de terugbetaling van zuurstoftherapie" (nr. 14024)

- de heer David Clarinval aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "zuurstoftherapie aan huis" (nr. 14294)

- mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de hervorming van de

daar uiteindelijk geen geld worden voor uitgetrokken.

Wat het gebrek aan plaatsen in Vlaanderen en de situatie in Wallonië betreft, dienen de modaliteiten inzake de tenuitvoerlegging van de bestaande budgetten te worden onderzocht. Rekening houdend met de budgettaire context, zal ik het verzoek van het federaal platform voor een financiering van de opleiding van de betrokken zorgverstrekkers onderzoeken.

07.03 Valérie De Bue (MR): Het is dus niet mogelijk om in bijkomende bedden te voorzien, maar wel kan de opleiding van het medisch personeel worden verbeterd. Zoals de verenigingen vragen, moet men zorgen voor een begeleiding van de betrokken families.

zuurstoftherapie" (nr. 14301)

Le **président**: M. Clarinval est absent.

08.01 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je suis un peu embêtée pour M. Clarinval. Hier, en commission des Affaires sociales, il m'a demandé si je croyais que nous arriverions à ses questions. Comme je pensais que les projets de loi prendraient plus de temps, je lui ai sincèrement répondu que cela me paraissait difficile. Que les membres du groupe MR veuillent bien m'en excuser.

08.01 Minister Laurette Onkelinx: Omdat ik dacht dat er meer tijd zou worden besteed aan de bespreking van de wetsontwerpen, heb ik de heer Clarinval gisteren geantwoord dat wij niet aan zijn vragen zouden toekomen. Ik wil mij daarvoor verontschuldigen bij de leden van de MR-fractie.

08.02 Damien Thiéry (FDF): Monsieur le président, madame la ministre, l'oxygénothérapie est un domaine relativement délicat, surtout depuis le 1^{er} juillet dernier, date à laquelle la réglementation a passablement évolué.

08.02 Damien Thiéry (FDF): De terugbetaling van zuurstoftherapie voor de behandeling van acute hypoxemie wordt slechts toegekend voor een ononderbroken periode van maximaal drie maanden per jaar. Het feit dat zuurstof niet in aanmerking komt voor terugbetaling kan dramatische gevolgen hebben voor tal van patiënten.

L'évolution concerne les cas de traitement par oxygénothérapie pour hypoxémie aiguë. Dans ce cas, en effet, le remboursement n'est octroyé que pour une période continue de maximum trois mois par an. Après cette période de remboursement de trois mois, la mutualité n'intervient plus pendant les douze mois suivant cette période.

Tijdens de bespreking van de tekst die in die nieuwe maatregelen voorziet, heeft staatssecretaris voor Sociale Zaken Courard gesteld dat men het systeem eventueel zou kunnen verfijnen door die drie maanden over een jaar te spreiden.

De nombreuses craintes s'élèvent quant au fait que l'exclusion du remboursement de l'oxygène risque d'avoir des conséquences dramatiques pour de nombreux patients en situation d'insuffisance respiratoire.

En commission de la Santé, lors de la discussion sur le texte prévoyant ces nouvelles mesures, le secrétaire d'État aux Affaires sociales, M. Philippe Courard, avait toutefois signalé qu'une réflexion était en cours "afin d'affiner le système, notamment en permettant de diviser les trois mois sur une année. La lutte contre les abus ne doit pas nuire à la qualité de soins réellement nécessaires." Étant moi-même kinésithérapeute, j'estime que cela aurait pu être une avancée. A-t-on effectivement avancé ou pas?

Volgens die tekst zal de patiënt die over een lange periode zuurstof nodig heeft, worden doorverwezen naar een specialist die moet nagaan of hij in het kader van de met het ziekenhuis gesloten revalidatie-overeenkomst voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden voor een langdurige zuurstoftherapie thuis. Die aanpak vormt een echt probleem voor bedlegerige patiënten in rust- en verzorgingshuizen. Zou men er niet voor kunnen zorgen dat de longarts de patiënten thuis kan opzoeken?

Un autre changement entré en vigueur concerne les patients ayant besoin d'oxygène de manière chronique. Madame la ministre, ceci pose problème. Il est prévu à cet égard que le médecin généraliste renvoie le patient vers un pneumologue ou un pédiatre, le cas échéant, à l'hôpital afin d'examiner si le patient répond aux conditions de remboursement d'oxygénothérapie de longue durée à domicile, dans le cadre de la convention de rééducation conclue avec l'hôpital. Même si on peut comprendre cette approche au vu des économies à réaliser, elle pose un tout autre problème dans les maisons de soins et de repos. On se demande effectivement comment les patients grabataires vont rejoindre l'hôpital. Ne serait-il pas plus intéressant de demander à un pneumologue de se rendre sur place pour constater si, oui ou non, ces patients ont droit à un remboursement ou pas?

Heeft men het systeem werkelijk bijgestuurd? Welke maatregelen worden er genomen voor de patiënten wier gezondheidstoestand een verplaatsing naar het ziekenhuis haast onmogelijk

Madame la ministre, la volonté du secrétaire d'État était d'affiner le système. Y a-t-il eu une avancée en la matière? Vous me direz de le lui demander, étant donné que cela relève de sa compétence. Cependant, comme vous l'avez dit au début de votre intervention, énormément de compétences sont liées. Il m'intéresserait dès lors

d'avoir votre avis aussi sur ce sujet.

Quelles mesures sont-elles prévues à l'égard des personnes résidant en maisons de repos qui sont oxygénodépendantes et dont l'état de santé ne permet pratiquement pas un déplacement à l'hôpital? À nouveau, je parle de vécu. J'ai vu un certain nombre de ces patients et leur imposer cette mesure, c'est de la folie.

08.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le président, madame la ministre, j'ai déjà eu l'occasion de vous interroger sur la réforme globale de l'oxygénothérapie. Vous aviez pu me rassurer sur le fait que de nombreuses concertations avaient eu lieu dans ce cadre.

Néanmoins, un certain nombre de situations mal vécues et de prises de position de certains médecins sont relayées dans la presse. Il se peut qu'elles restent marginales, mais il n'en demeure pas moins qu'elles peuvent s'avérer douloureuses pour les personnes qui les vivent et inquiétantes pour les lecteurs.

La limitation à trois mois par période de douze mois reste problématique, notamment pour gérer les crises qui peuvent survenir à tout moment. Un allongement de cette période est-il envisagé?

Les médecins ont toujours la possibilité de prescrire une oxygénothérapie à domicile, mais doivent solliciter l'autorisation préalable du médecin conseil. Qu'en est-il pratiquement lors des situations d'urgence?

Il me revient également qu'il existe des risques d'incertitude en cas de prise en charge urgente. Pouvez-vous indiquer si une procédure particulière est envisagée dans ce cas précis?

Une autre préoccupation concerne les patients grabataires. Dans quelles circonstances seront-ils transportés vers l'hôpital? Disposeront-ils d'ambulances munies d'oxygène? Quelle est alors la part prise en charge par l'INAMI?

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chers collègues, la réforme de l'oxygénothérapie est le résultat de nombreuses analyses et de multiples concertations avec tous les partenaires concernés par la réforme, en ce compris les pneumologues.

Avec cette réforme, une oxygénothérapie de longue durée restera possible pour les patients, mais ils devront répondre à des critères sur la base de la prescription d'un pneumologue, qui aura préalablement soumis le patient à des examens médicaux. Ces critères n'ont rien d'excluant. Ils permettent de prendre en compte tous les patients pour lesquels une oxygénothérapie de longue durée est utile, comme l'affirme la Société belge de pneumologie. Si un patient ne répond pas à ces critères, cela signifie que l'oxygène s'avérerait inefficace, mais surtout nuisible pour sa santé. Pour ces patients, les pneumologues disposent de nombreux autres traitements plus sûrs et plus efficaces.

J'ajoute que le médecin généraliste dispose toujours de la possibilité de prescrire de l'oxygène pour une courte période de maximum trois mois, moyennant une autorisation préalable du médecin conseil. J'ai

fait?

08.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Bepaalde persberichten over de globale hervorming van de zuurstoftherapie kunnen enige ongerustheid wekken.

De beperking tot drie maanden per periode van twaalf maanden blijft een probleem, want een crisis kan zich te allen tijde voordoen. Zou die periode verlengd kunnen worden?

Artsen kunnen thuis therapie voorschrijven, maar daarvoor moeten zij vooraf de toestemming vragen van de adviserend geneesheer. Hoe verloopt een en ander in noodsituaties? In welke omstandigheden worden bedlegerige patiënten naar het ziekenhuis overgebracht? Welk gedeelte wordt er terugbetaald door het RIZIV?

08.04 Minister Laurette Onkelinx: Langdurige zuurstoftherapie blijft mogelijk voor patiënten die aan bepaalde criteria beantwoorden, op voorschrift van een longarts. Die criteria houden rekening met alle patiënten waarvoor langdurige zuurstoftherapie nuttig is. Indien een patiënt niet aan de criteria beantwoordt, betekent zulks dat zuurstoftherapie niet alleen geen nut zou hebben, maar ook schadelijk zou zijn voor zijn gezondheid.

De huisarts kan zuurstoftherapie voorschrijven voor maximum drie maanden, indien hij over een voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer beschikt.

personnellement demandé aux services compétents de l'INAMI d'adapter les réglementations, afin de pouvoir répartir les trois mois de traitement prévus en cas d'oxygénothérapie à court terme sur une année. L'obligation des trois mois consécutifs de traitement ne sera dès lors plus d'application. Cette nouvelle modalité est d'application depuis le 1^{er} octobre 2012.

En ce qui concerne la problématique des patients ayant des difficultés pour se déplacer à l'hôpital pour y subir des examens médicaux, il importe de rappeler que, selon les pneumologues, l'octroi de l'oxygène de longue durée peut être nuisible à la santé des patients, dans le cas où ils ne répondent pas aux critères pour une oxygénothérapie. C'est la raison pour laquelle il est essentiel qu'un spécialiste en pneumologie examine la nécessité d'une oxygénothérapie de longue durée et les traitements alternatifs possibles.

Il est vrai que le déplacement vers l'hôpital peut être complexe pour certains patients, mais ce problème peut également se poser pour des patients confrontés à d'autres problèmes médicaux pour lesquels ils doivent consulter un spécialiste dans un hôpital.

À l'heure actuelle, les examens requis nécessitent souvent des examens médicaux à l'hôpital. Toutefois, lors des négociations sur la nouvelle réglementation, les pneumologues ont également souligné que, dans certains cas, au moins une partie des examens médicaux pouvait avoir lieu au domicile du patient.

Je souligne également que la réglementation prévoit déjà une exception importante à l'obligation de consulter un pneumologue et de subir des examens médicaux, notamment pour les patients en soins palliatifs.

Cela dit, je vous informe que j'ai chargé l'INAMI d'examiner ce problème et que, si des solutions alternatives qui garantissent le même niveau de sécurité pour le patient sont envisageables, je suis évidemment prête à les examiner.

08.05 Damien Thiéry (FDF): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Un point sur lequel nous pouvons être d'accord, c'est l'intervention du pneumologue. Effectivement, celui-ci est la personne la plus apte à pouvoir juger s'il y a lieu ou non de continuer un traitement d'oxygénothérapie.

D'un autre côté, vous dites qu'un certain nombre d'autres pathologies nécessitent un déplacement vers des hôpitaux; c'est exact. Cependant, j'attire votre attention sur le fait que certaines pathologies n'ont pas directement un lien avec des problèmes respiratoires. En l'occurrence, ce qui est gênant, c'est que nous traitons des personnes qui sont en déficit respiratoire et pour lesquelles le simple fait de se déplacer dans un couloir est déjà trop difficile. Ces personnes doivent s'asseoir très régulièrement car elles sont incapables d'aller plus loin. Il y a probablement lieu d'envisager un système où le pneumologue pourrait se déplacer lui-même et voir ses patients, le rôle de ce praticien étant fondamental.

Il convient également d'envisager le coût que représente le déplacement d'un patient en maison de repos vers un hôpital. Ce

Ik heb gevraagd dat die kortetermijnzuurstoftherapie van drie maanden over een volledig jaar zou mogen worden gespreid. Sinds 1 oktober 2012 hoeft het dus niet langer om drie opeenvolgende maanden te gaan.

De langdurige toediening van zuurstof kan schadelijk zijn voor de gezondheid van patiënten die niet aan bepaalde criteria beantwoorden. Het is daarom essentieel dat ze door een longarts worden onderzocht.

De verplaatsing naar een ziekenhuis kan voor sommige patiënten een probleem vormen. Tijdens de onderhandelingen over de nieuwe regelgeving hebben de longartsen erop gewezen dat het in bepaalde gevallen mogelijk is een deel van de medische onderzoeken bij de patiënt thuis uit te voeren. De regelgeving bevat trouwens al een belangrijke uitzondering op de verplichting om een longarts te raadplegen en medische onderzoeken te ondergaan, namelijk voor de palliatieve patiënten.

Ik ben bereid me over alternatieve oplossingen te buigen die de patiënten hetzelfde veiligheidsniveau garanderen.

08.05 Damien Thiéry (FDF): Kenmerkend voor patiënten met ademhalingsinsufficiëntie is dat zelfs de meest eenvoudige handeling zoals door een gang stappen een onoverkomelijke hindernis vormt. Het zou dan ook zinvol zijn dat de pneumoloog, die een belangrijke taak vervult, hen zou kunnen opzoeken. Bovendien hangt er aan de overbrenging van een patiënt van een rusthuis naar een ziekenhuis eveneens een kostenplaatje (ziekenwagen, enz.). Men zou heel wat kunnen besparen indien de huisartsen in plaats van de pneumologen de chronische patiënten regelmatig zouden kunnen onderzoeken.

patient ne se déplace pas tout seul. Il faut probablement demander une ambulance, et d'autres nécessités existent. Ces éléments pourraient justifier le déplacement du pneumologue lui-même. Je parle d'expérience: quand un patient est envoyé chez un pneumologue pour obtenir un examen plus approfondi, et qu'ensuite celui-ci propose de revoir son patient un, deux ou trois mois après pour déterminer s'il a encore besoin ou non d'oxygénothérapie, en général, ce patient ne revoit plus son médecin généraliste. Et sur ce point, il y aurait aussi des économies à réaliser, en laissant au médecin généraliste, et non au pneumologue, le soin de réaliser les analyses chroniques.

08.06 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le président, madame la ministre, je vous remercie également pour cette réponse.

Pour rebondir sur ce qui vient d'être dit par mon collègue et comme je l'avais déjà mentionné au niveau de la commission, je suis d'avis que nous faisons une évaluation, en y intégrant les médecins généralistes; en effet, nous travaillons sur une réforme profonde. Le bienfait du pneumologue au niveau des traitements est essentiel, mais il faut y associer les médecins généralistes.

Je me réjouis que vous ayez déjà adapté les mesures en fonction des besoins des patients. Et je compte sur vous pour adapter à nouveau cette réforme aux nécessités, s'il y a encore lieu.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs 14026, 14087 en 14097 van de collega's Thiéry, Wierinck en Sminate worden omgezet in schriftelijke vragen. Zij gaan immers vooral over cijfers.

09 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la reconnaissance des compétences particulières des kinésithérapeutes" (n° 14030)

09 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de erkenning van de bijzondere beroepsbekwaamheden van de kinesisten" (nr. 14030)

09.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le président, madame la ministre, il me revient que six propositions d'arrêtés ministériels relatifs aux critères particuliers d'agrément pour des qualifications particulières (kinésithérapie cardiovasculaire, thérapie manuelle, pédiatrie neurologique, réadaptation pelvienne, kinésithérapie périnatale et respiratoire) n'ont pas encore été validés, notamment pour cause de durées de formation différentes entre les deux Communautés. Néanmoins, il serait envisagé d'en valider deux par an.

Qu'en est-il de l'évolution de ce dossier?
Comment la Conférence interministérielle de juin a-t-elle envisagé de réconcilier ces deux timings différents et de débloquer cette situation?

Il me revient également un manque de moyens en termes de personnel afin de faire face à la gestion de ces reconnaissances. Confirmez-vous que l'étalement dans le temps de ces reconnaissances est lié au manque de personnel?
Quel est le nombre de kinésithérapeutes concernés par ces

08.06 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Ik ben van oordeel dat die hervorming samen met vertegenwoordigers van de huisartsen geëvalueerd zou worden.

09.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Zes ontwerpen van ministerieel besluit betreffende de bijzondere erkenningscriteria voor de bijzondere bekwaamheden (kinesitherapeuten e.a.) werden nog altijd niet bekrachtigd, onder meer omdat de duur van de opleiding niet in alle Gemeenschappen dezelfde is. Bedoeling is niettemin om twee besluiten per jaar te bekrachtigen.

Wat is de stand van dit dossier?
Hoe dacht men hier een uitweg voor te vinden op de interministeriële conferentie die in juni gehouden werd?

reconnaisances?

De combien de personnes dispose actuellement ce service?

Combien sont-elles nécessaires idéalement pour résorber ce retard?

Naar verluidt is er ook niet genoeg personeel voor het beheer van die erkenningen.

Is de gespreide bekrachtiging van die erkenningen toe te schrijven aan het personeelstekort? Over hoeveel medewerkers beschikt die dienst? Hoeveel medewerkers zijn er nodig om de achterstand weg te werken. Over hoeveel kinesitherapeuten gaat het?

09.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Chère collègue, le Conseil national de kinésithérapie a en effet émis un avis sur les propositions de qualifications professionnelles particulières en kiné cardiovasculaire, en thérapie manuelle, en pédiatrie neurologique, réadaptation pelvienne, kiné périnatale et respiratoire. Ces avis m'ont été transmis et je les ai examinés avec attention.

Après avoir étudié ces avis et après avoir consulté les Communautés, il ressort que le fait que la durée des études de kiné ne soit pas la même dans les deux Communautés est un frein préalable. Il m'est en effet difficile, dans ce cadre, de fixer des critères et des volumes de formation complémentaires pour obtenir ces qualifications professionnelles particulières si la formation initiale du kiné n'est pas la même dans chaque Communauté.

Une concertation est actuellement en cours avec les kinés et les ministres compétents de la Communauté française et de la Communauté flamande, en vue d'harmoniser la formation en kinésithérapie dans les deux Communautés, concertation dans laquelle la mise en place des formations pour ces qualifications professionnelles particulières est également abordée.

J'espère vous présenter le résultat de cette concertation au printemps 2013.

09.03 **Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Madame la ministre, je vous remercie.

Si je comprends bien, la situation est bloquée jusqu'au printemps 2013. Je me permettrai de vous réinterroger à ce moment-là.

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

10 **Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les nouvelles nominations du Conseil national de la kinésithérapie" (n° 14031)**

10 **Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de nieuwe benoemingen bij de Nationale Raad voor de Kinesithérapie" (nr. 14031)**

10.01 **Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Monsieur le président,

09.02 **Minister Laurette Onkelinx**: De Nationale Raad voor de Kinesithérapie heeft een advies uitgebracht over de voorstellen voor de erkenning van een aantal bijzondere beroepsbekwaamheden (inzake kinesithérapie en aanverwante). Dat advies werd bestudeerd en er werd overleg gepleegd met de Gemeenschappen. Dat de duur van de opleiding kinesithérapie in beide Gemeenschappen verschilt, vormt echter een struikelblok.

Er is overleg aan de gang met de kinesisten en de bevoegde gemeenschapsministers om de opleiding kinesithérapie in beide Gemeenschappen op elkaar af te stemmen. Ook de opleiding voor de bijzondere beroepsbekwaamheden komt daarbij aan bod. Ik hoop u het resultaat van dat overleg in het voorjaar van 2013 te kunnen voorleggen.

09.03 **Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Ik zal op dat ogenblik op deze kwestie terugkomen.

10.01 **Valérie Warzée-**

madame la ministre, depuis sa dernière séance du 10 juin 2010, le Conseil national de la kinésithérapie (CNK) était en attente de nouvelles nominations lui permettant d'être renouvelé, mais le gouvernement en affaires courantes a sensiblement retardé cette échéance.

Rappelons que le CNK a pour mission de donner des avis au ministre de la Santé publique ainsi qu'aux gouvernements des Communautés. Il joue donc un rôle essentiel, notamment quand il s'agit d'approuver des arrêtés ministériels.

Le 24 avril dernier, vous signiez les nominations du CNK. Le 11 mai, le service juridique les portait au *Moniteur* pour publication et elles deviennent effectives le 7 juin.

Or il me revient que la décision installant ce Conseil national a dû être annulée, car certains candidats briguaient un troisième mandat alors que seulement deux sont acceptés.

Comment expliquer cette erreur alors que tous les dossiers de candidature ont été renvoyés en janvier 2012 au SPF Santé publique en vue d'être vérifiés? Madame la ministre, pouvez-vous nous éclairer sur ce dossier? Qu'en est-il actuellement?

10.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, chère collègue, il y a effectivement eu un vice de procédure lors du renouvellement des membres du Conseil national de la kinésithérapie. Les services du SPF Santé publique ne s'en sont aperçus qu'après la publication des nominations au *Moniteur belge*, le 7 juin 2012. Les causes de cette erreur ont été analysées de façon à ce que cela ne se reproduise plus. Pour garantir la validité juridique des avis futurs qu'émettra ce Conseil, j'ai donné instruction de remplacer les membres erronément nommés. Nous attendons encore les noms d'un certain nombre de candidats qui doivent être présentés par les associations professionnelles représentatives des médecins. Dès que ceux-ci seront connus, les remplacements nécessaires seront effectués et le Conseil national pourra enfin se réunir.

10.03 **Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Monsieur le président, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je constate que les choses avancent. Reste à attendre quelques semaines, voire quelques mois pour pouvoir disposer de cet outil que constitue le Conseil national.

L'incident est clos.

Caverenne (MR): De Nationale Raad voor de Kinesitherapie (NRK) wacht al sinds zijn laatste zitting op 10 juni 2010 op nieuwe benoemingen, maar omdat de regering toen de lopende zaken behartigde, werden ze uitgesteld. De NRK verstrekt adviezen aan de minister van Volksgezondheid en aan de gemeenschapsregeringen, onder meer over ministeriële besluiten.

Op 24 april van dit jaar ondertekende u de benoemingen bij de NRK, die op 7 juni zouden ingaan. Die beslissing moest echter worden vernietigd, omdat een aantal kandidaten een derde mandaat ambieerde, terwijl er maar twee mandaten zijn toegelaten.

U kon die vergissing gebeuren? Werden niet alle dossier in januari 2012 nagekeken door de FOD Volksgezondheid? Wat is de huidige stand van zaken?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Er werd inderdaad een procedurefout gemaakt bij de vernieuwing van de Nationale Raad voor de Kinesitherapie. De diensten van de FOD Volksgezondheid hebben dat pas gemerkt na de publicatie van de benoemingen in het *Belgisch Staatsblad* van 7 juni 2012. Om de rechtsgeldigheid van de toekomstige adviezen van de Raad te vrijwaren worden de ten onrechte benoemde leden vervangen. We wachten nog op de namen van een aantal kandidaten die door de beroepsverenigingen worden voorgedragen. Zodra die bekend zijn, kan de Raad bijeenkomen.

Het incident is gesloten.

11 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'augmentation spectaculaire de la consommation des antipsychotiques par des enfants" (n° 14032)

11 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de spectaculaire stijging van het gebruik van antipsychotica bij kinderen" (nr. 14032)

11.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le président, madame la ministre, le nombre de mineurs d'âge qui consomment des antipsychotiques a augmenté de 25 % en une année, passant de 11 008 à 13 963, d'après des chiffres de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), publiés en juillet dans *De Morgen*.

La consommation est particulièrement importante chez les jeunes de 12 à 15 ans, avec 5 334 patients. On dénombre également 4 818 consommateurs chez les enfants âgés de 6 à 11 ans. D'après le professeur Geert Dom, président de l'association pour la Psychiatrie, il s'agit d'une "augmentation importante et dangereuse".

Madame la ministre, pouvez-vous nous confirmer ces chiffres? Disposez-vous d'autres indicateurs permettant de les nuancer par type de troubles (schizophréniques et bipolaires, mais aussi autres types de psychoses)?

Quelle est l'interprétation de votre département et des professionnels de la santé mentale de l'évolution de ce phénomène?

Votre département envisage-t-il d'entamer des études sur les risques à court et long terme sur la santé de ces enfants?

Observe-t-on le même phénomène dans les pays limitrophes?

Face à ces chiffres inquiétants, quelles sont les pistes étudiées en vue d'une réduction de la consommation des antipsychotiques par les enfants?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame la députée, je dois vous dire que je ne confirme pas les données que vous rapportez, car la comparaison établie par *De Morgen* des données INAMI était erronée. Les chiffres fournis pour 2010 concernaient le nombre de jeunes patients prenant un des quatre antipsychotiques les plus prescrits, tandis que ceux de 2011 portaient sur l'ensemble des vingt-cinq antipsychotiques remboursés. Dans ce dernier cas, le nombre de patients de moins de 18 ans est passé de 13 710 en 2010 à 13 963 en 2011, ce qui représente une augmentation de 1,8 %.

Je ne dispose pas d'indicateurs permettant de connaître les raisons pour lesquelles ces médicaments sont prescrits par l'INAMI. En revanche, il ressort de l'enquête de santé 2008 menée par l'Institut de Santé publique que 0,2 % de la population entre zéro et quatorze ans prennent un antipsychotique – indicateur inférieur à la prévalence des troubles traités par ces médicaments dans cette tranche de la population.

La consommation d'antipsychotiques par des mineurs ne peut donc

11.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Het aantal minderjarigen die antipsychotica nemen is op één jaar tijd met 25 procent gestegen. Vooral jongeren van elf tot vijftien jaar zouden veel psychotica nemen.

Kan u die cijfers bevestigen? Kunnen die worden uitgesplitst per type stoornis? Hoe interpreteert u dat fenomeen? Is uw departement van plan studies te laten verrichten naar de lange- en kortetermijnrisico's voor de gezondheid van die kinderen? Doet diezelfde evolutie zich ook in andere landen voor? Zijn er alternatieven?

11.02 Minister Laurette Onkelinx: Ik bevestig die gegevens niet. De cijfers voor 2010 hadden betrekking op het aantal jonge patiënten die een van de vier meest voorgeschreven antipsychotica namen, terwijl de cijfers voor 2011 betrekking hadden op de 25 terugbetaalde antipsychotica. Het aantal minachtienjarigen dat antipsychotica voorgeschreven kreeg, is lichtjes gestegen.

Uit het onderzoek van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid blijkt dat 0,2 procent van minveertienjarigen een antipsychoticum neemt, wat minder is dan de prevalentie van de stoornissen die met die

pas être réellement qualifiée de problématique. Néanmoins, l'Agence fédérale des médicaments a décidé de revoir les notices de ces produits. En effet, trois incertitudes sont à constater: les doses maximales recommandées chez les enfants, la pharmacocinétique des antipsychotiques et leur sécurité. L'objectif de cette révision est de garantir une consommation sûre chez les enfants. Elle est effectuée par les cliniciens et les pharmacologues travaillant à l'Agence en collaboration avec deux pédiatres et deux pédopsychiatres. Certaines études pharmacocinétiques seront exigées de l'industrie pharmaceutique pour pouvoir avertir des dangers potentiels en cas d'interaction.

La question de la consommation des antipsychotiques par des mineurs fait partie des thèmes qui seront abordés par la plate-forme scientifique "Psychotrope", qui existe depuis juin 2002 et qui a été conçue sur le modèle de celle qui s'occupe des antibiotiques et est destinée à informer les professionnels et le grand public en vue de diminuer la consommation de ces produits.

geneesmiddelen worden behandeld. Het gebruik van antipsychotica door minderjarigen mag niet als problematisch worden aangemerkt, maar de bijsluiters zullen worden herzien omdat er drie onzekerheden zijn over de aanbevolen dosissen bij kinderen, de farmacokinetiek en de veiligheid van de antipsychotica. De herziening wordt uitgevoerd door de klinici en de farmacologen van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten in samenwerking met twee pediaters en twee kinderpsychiaters.

De kwestie zal op de agenda van het wetenschappelijk platform psychotropen worden gezet.

11.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, je suis heureuse de vous entendre, d'autant plus que les chiffres que je mentionnais étaient très inquiétants. Comme vous l'avez dit, un travail d'information et de révision des notices est fourni.

Les parents qui accompagnent leurs enfants à une consultation font évidemment confiance au pédiatre qui prescrit ces médicaments. J'ai compris que vous alliez travailler avec les professionnels de la santé afin d'améliorer le traitement de ces pathologies.

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

12 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les sorties inutiles des ambulances" (n° 14034)

12 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "onnodige ambulanceritten" (nr. 14034)

12.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le président, madame la ministre, la presse a fait écho de la réponse que vous avez apportée à l'une de mes collègues au sujet des 49 000 sorties inutiles d'ambulances pour 2010. Nous savons qu'une enveloppe de 250 000 euros est inscrite au budget 2012 pour couvrir ces frais.

Une sortie sans transport de personne ne me paraît pas toujours inutile dès lors qu'il peut s'agir d'un patient auquel les premiers soins ont été administrés et dont l'état de santé ne nécessite pas un transport vers un hôpital ou un centre de soins. L'issue est plutôt heureuse dans ce cas. Néanmoins, j'imagine que dans le nombre de sorties sans transport cité ci-dessus, un certain nombre est réellement à considérer comme inutiles. Dans ce cas, au-delà du fait que les ambulances sont monopolisées et ne peuvent être entre-temps libérées pour les vraies urgences, nous savons que cela représente un coût pour notre société.

12.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): In 2010 zouden er 49 000 onnodige ambulanceritten zijn geweest. Toch is een ambulancerit zonder patiëntenvervoer niet altijd nutteloos. Zo kan een patiënt de eerste zorg toegediend hebben gekregen, waardoor het niet meer nodig was hem naar een ziekenhuis te vervoeren. Maar sommige ambulanceritten zijn wel degelijk onnodig, wat de samenleving geld kost en waardoor de ambulances niet beschikbaar zijn voor echte urgenties.

En vertu de l'arrêté royal du 4 juillet 2004 modifiant celui du 5 juillet 1994 créant un Conseil national des secours médicaux, celui-ci a pour mission précise de vous donner un avis sur toutes les matières concernant l'organisation de l'aide médicale urgente.

Madame la ministre, le Conseil national des secours médicaux a-t-il déjà analysé le ou les motifs permettant d'expliquer ce nombre de sorties inutiles, en croissance ces dernières années? Dans l'affirmative, quelle est son analyse? Dans la négative, ne trouveriez-vous pas utile de le faire? À un échelon plus local, les inspecteurs fédéraux d'hygiène et les commissions de l'aide médicale urgente sont-ils impliqués dans l'analyse de ce phénomène? Si oui, à quel moment et comment?

La régulation de la prise en charge des patients s'organise à 3 niveaux: ambulance, PIT et SMUR. Existe-t-il une analyse comparée des coûts de ces trois types d'interventions?

Par ailleurs, la mise en place du PIT dans sa seconde phase opérationnelle peut amener une amélioration pour réduire ce nombre. Comment votre département envisage-t-il la prise en charge par l'un ou l'autre de ces intervenants?

12.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Les courses sans transport doivent être mises en relation avec le total des courses réalisées au sein de l'aide médicale urgente.

Tenant compte de l'augmentation annuelle moyenne du pourcentage de courses relatives à l'aide médicale urgente de 8 % à 10 %, l'augmentation proportionnelle des courses sans transport représente environ 2 à 4 % l'an.

Les origines de ces courses sans transport, mais pas forcément inutiles, sont diverses: décès du patient, refus du patient d'être transporté, faux appels, appels mal intentionnés, patient traité sur place, patient déjà parti ou absent, course annulée par le système d'appel unifié.

Il faut signaler que le nombre de courses sans transport est probablement sous-estimé à la suite du faible montant rétribué aux services. Celui-ci ne constitue qu'un défraiement symbolique (4 euros par course non indexés).

J'ai proposé un financement complémentaire des services d'ambulance de 2 millions d'euros au budget 2013 pour revaloriser ces courses sans transport. Mais vu le contexte budgétaire, c'est une des propositions qui est tombée à la trappe.

Mon administration analyse l'impact du projet PIT (*Paramedical Intervention Team*) sur la réduction éventuelle du nombre de sorties SMUR qui ne seraient pas strictement nécessaires. Les plans de qualité mis récemment en place dans les centres 112 y contribueront.

12.03 **Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Madame la ministre, je vous remercie.

Heeft de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening al onderzocht waarom het aantal onnodige ambulance-ritten is toegenomen? De dringende medische hulpverlening is op drie niveaus georganiseerd: ambulancediensten, PIT (*Paramedical Intervention Team*) en MUG-diensten. Werd er reeds een vergelijkende studie uitgevoerd met betrekking tot de kosten van die drie vormen van hulpverlening?

Bovendien kan de inschakeling van PIT's het aantal onnodige ambulanceritten doen afnemen. Wat is het standpunt van uw departement met betrekking tot de interventies door elk van die actoren?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De ritten zonder dat er een patiënt werd vervoerd moeten gerelateerd worden aan het totale aantal ritten dat verricht werd in het kader van de dringende medische hulpverlening. Er zijn verschillende verklaringen voor die ritten zonder patiëntenvoer: het overlijden van de patiënt, de weigering van de patiënt om vervoerd te worden, onnodige oproepen, kwaadwillige oproepen, de patiënt wordt ter plaatse verzorgd, de patiënt is al weggegaan of bevindt zich niet op de aangegeven plaats, de rit wordt geannuleerd via het eenvormig oproepstelsel.

Mijn administratie analyseert de impact van het PIT-project (*Paramedical Intervention Team*) op de eventuele vermindering van het aantal keren dat de MUG uitrukt terwijl dat strikt genomen niet nodig is.

12.03 **Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Het aantal ambulanceritten in spoedgevallen

Comme vous l'avez dit, l'augmentation des sorties des ambulances dans des cas d'urgence est nettement supérieure à l'augmentation des sorties sans transport. La solution n'est pas toujours d'ajouter du financement mais peut-être de trouver des solutions pour réduire ces sorties sans transport. C'est ce que vous allez faire notamment en étudiant le système comparatif des PIT pour remplacer les ambulances.

is inderdaad sterker gestegen dan het aantal ritten zonder patiëntenvervoer. De oplossing hoeft evenwel niet altijd extra financiering te zijn, men kan ook proberen het aantal ritten zonder patiëntenvervoer terug te dringen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 14076 van de heer George is omgezet in een schriftelijke vraag.

13 **Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de keuring in de ziekenhuizen" (nr. 14109)**

13 **Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'homologation des installations médicales dans les hôpitaux" (n° 14109)**

13.01 **Luk Van Biesen** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de vice-eersteminister, ik had graag met u even gesproken over de keuring van medische installaties in ziekenhuizen, en dit naar aanleiding van het tragisch gebeuren op 8 november in het ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw Ter Linden in Knokke-Heist, zijnde het welgekende probleem met baby Jasper. Ik zal het niet over de casus zelf hebben, maar over de algemene keuring van medische installaties.

13.01 **Luk Van Biesen** (Open Vld): À la suite des événements tragiques survenus à l'hôpital de Knokke-Heist et ayant provoqué la mort du petit Jasper, je me pose plusieurs questions quant au contrôle des installations médicales dans les hôpitaux.

Kunt u ons informeren hoe een keuring van een medische installatie verloopt en wie het attest van goedkeuring aflevert?

Comment se déroulent ces contrôles? Qui délivre l'attestation d'agrément? Qui est responsable du suivi des contrôles?

Moet er, na zoveel jaren, een nieuwe keuring gebeuren? Wordt opgevolgd of alle medische installaties gekeurd zijn en blijven?

Dat is de problematiek die naar voren is gekomen naar aanleiding van dit tragisch gebeuren. De vraag rijst natuurlijk waar de verantwoordelijkheid ligt. Wie moet dat opvolgen? Moet het ziekenhuis zelf nagaan of alle keuringsbewijzen wel degelijk in orde zijn? Bestaan er vervaldata? Hoe volgt men dat op in de diverse ziekenhuizen?

13.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Van Biesen, de federale overheid legt via wetgeving minimale normen op voor de infrastructuur, voor de medische, verpleegkundige en technische omkadering, alsook voor de uitoefening van de geneeskunde en de artsenijbereidkunde in de operatiezaal en de ontwaakruimte.

13.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: L'autorité fédérale impose des normes minimales en matière d'infrastructure, d'encadrement médical, infirmier et technique des hôpitaux, ainsi qu'en matière d'exercice de la médecine et de la pharmacie en salles d'opération et de réveil. Cependant, ces normes ne prévoient pas de procédures standard en ce qui concerne l'inspection des quartiers opératoires ou les contrôles de qualité. Ceux-ci relèvent en effet du concept de "bonnes pratiques".

Ten eerste, er liggen organisatorische en kwalitatieve normen vast met betrekking tot de C-diensten "diagnose en heelkundige behandeling", met inbegrip van de operatiekwartieren, de ziekenhuishygiëne, de ziekenhuisapotheek, normen voor de organisatie van de apotheek en de levering van geneesmiddelen in het operatiekwartier, met inbegrip van medisch gas. Die normen voorzien niet expliciet in standaardprocedures voor de keuring, in certificaten voor de eerste ingebruikname van een operatiekwartier of in kwaliteitscontroleprocedures. Dergelijke controles vallen onder goede praktijken.

Ik laat echter opmerken dat de diensten van de Gemeenschappen en Gewesten verantwoordelijk zijn voor het toezicht op de naleving van de door de ziekenhuiswet en haar uitvoeringsbesluiten vastgelegde normen. Zij zijn bevoegd voor de inspecties en het verlenen van de erkenning van de diensten, functies en zorgprogramma's in de ziekenhuizen.

Wat de verantwoordelijkheidsstructuur in het ziekenhuis betreft, verwijs ik naar het KB van 15 december 1987 dat elk ziekenhuis verplicht om een hoofdgeneesheer aan te stellen en elke dienst om een geneesheer-diensthofd aan te stellen. Hoofddarts en geneesheer-diensthofd zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de medische zorg op respectievelijk ziekenhuisniveau en dienstniveau. De beheerder is dan weer de algemene eindverantwoordelijke voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van financiën, organisatie en werking.

Ter uitvoering van KB nr. 78 werden normen ontwikkeld die betrekking hebben op, onder meer, de uitoefening van de geneeskunde en de artseneerbereidkunde. Voor de uitoefening van dit laatste in de ziekenhuizen, gelden het KB van 31 mei 1885 houdende goedkeuring der nieuwe onderrichtingen voor de geneesheren, de apothekers en de drogisten, en het KB van 19 oktober 1978 houdende regelen betreffende de officina's en de geneesmiddelendepots in de verzorgingsinrichtingen.

Aan de hand van die regelgevingen worden de ziekenhuisapotheken geïnspecteerd. De wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen bepaalt dat medische gassen een geneesmiddel zijn. Ter uitvoering van die wetgeving bepaalt het KB van 14 december 2006 onder meer de normen voor het toekennen van een vergunning voor het in de handel brengen, de fabricage en distributiepraktijken en de inspecties erop, alsmede het uitvaardigen van de betreffende activiteitenvergunningen.

Wat de medische hulpmiddelen betreft, is het KB van 18 maart 1999 van kracht, waarbij het toezicht, naargelang de categorie van medische hulpmiddelen, wordt uitgeoefend door het FAGG, de FOD Economie of het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle.

13.03 Luk Van Biesen (Open Vld): Mevrouw de minister, ik zal uw uitvoerig antwoord nog eens rustig bekijken, maar ik ben toch wat verontrust als men zegt dat de standaardprocedures voor de keuring van dergelijke medische installaties onder de goede praktijken vallen. Dat is natuurlijk een zeer breed begrip. Het roept vragen op over het goed functioneren.

Als men in een ziekenhuis een nieuwe medische installatie opstart, dan moet men honderd procent zeker zijn. Er moet toch ergens een keuring zijn. Blijkbaar is er ook geen periodieke herziening van de keuringen. Dat is een hiaat in onze opvolging.

Ik heb echter ook begrepen dat het grotendeels een materie betreft die tot de Gemeenschappen en de Gewesten behoort. Ik zal dit verder opvolgen en navraag doen in het Vlaams Parlement.

Veiller au respect des normes fixées par la loi sur les hôpitaux et ses arrêtés d'exécution relève de la compétence des Communautés et Régions, ce qui englobe notamment les inspections et l'agrément des services, des fonctions et des programmes de soins des hôpitaux.

L'arrêté royal du 15 décembre 1987 impose à chaque hôpital de nommer un médecin-chef et à chaque service de désigner un médecin-chef de service, chacun d'eux étant responsable, à son niveau, de la qualité des soins médicaux prodigués. Le gestionnaire est le responsable final général de l'activité hospitalière sur les plans financier, organisationnel et fonctionnel.

Les officines hospitalières sont inspectées en application des normes que je viens de mentionner. Par ailleurs, les gaz médicaux sont considérés comme un médicament, de sorte que les normes s'appliquent à l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché, de fabrication et des pratiques de distribution de ces gaz, ainsi qu'aux inspections dont ils font l'objet. Le contrôle des dispositifs médicaux est, selon la catégorie, exercé par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, le SPF Économie ou l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire.

13.03 Luk Van Biesen (Open Vld): Je ne suis pas rassuré d'apprendre que les procédures standard de contrôle de telles installations médicales relèvent simplement des "bonnes pratiques". Cela pose question.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 14148 van de heer Clarinval is uitgesteld.

14 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de contingentering van tandartsen" (nr. 14172)

14 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le contingentement des dentistes" (n° 14172)

14.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, in 2012 heeft aan de Vlaamse universiteiten hooguit een zeventigtal studenten de studies tandheelkunde aangevat, terwijl er dat aan de Franstalige universiteiten meer dan zevenhonderd zijn.

Een en ander is het gevolg van de toelatingsproef geneeskunde en tandheelkunde die in 1997 aan de Vlaamse universiteiten werd ingevoerd om tegemoet te komen aan het koninklijk besluit van 1994, waarin quota voor de toelating tot de medische beroepen bij wet worden vastgelegd.

Vierduizend tot vijfduizend Vlaamse jongeren werden als gevolg van deze maatregel verhinderd om aan de studies geneeskunde of tandheelkunde te beginnen.

Aan Franstalige kant zou een selectie tijdens of na de studies worden ingevoerd, waarvan echter nog niet veel in huis is gekomen.

Mevrouw de minister, in september 2012 hebt u voorgesteld de contingentering af te schaffen voor bepaalde medische specialisaties waarvoor er tekorten zijn, zoals de huisartsgeneeskunde.

De Vlaamse universiteiten en tandartsberoepsorganisaties, die inmiddels al jaren ijveren voor een meer hedendaagse en kwaliteitsvolle tandheelkundige praktijkvoering met de nadruk op samenwerking, het aanwenden van hulpkrachten, het delegeren van taken en het investeren in nieuwe technologie, vrezen dat op het einde van de opleiding alle gediplomeerden toch een RIZIV-nummer zullen krijgen. Aldus zullen de bij koninklijk besluit vastgelegde quota compleet worden genegeerd. Daardoor zou het RIZIV-budget in gevaar komen en zou een overaanbod aan Franstalige tandartsen zonder voldoende kennis van de Nederlandse taal en zonder een doorgedreven praktijkopleiding Vlaanderen overspoelen.

Behalve de ongelijke behandeling van Vlaamse en Franstalige jongeren zouden zodoende ook alle inspanningen aan Vlaamse zijde op het vlak van kwaliteitsborging en budgettair respect worden tenietgedaan. Ook de gedane investeringen zouden nodeloos zijn.

Daarom heb ik de volgende vragen.

Ten eerste, mevrouw de minister, kan u verzekeren dat niet aan de contingentering voor tandartsen zal worden geraakt?

Ten tweede, wat zal er gebeuren met het overaanbod aan afgestudeerde tandartsen aan de Franstalige universiteiten?

14.01 Rita De Bont (VB): En 2012, une septantaine d'étudiants a entamé des études de dentisterie dans les universités flamandes, contre plus de 700 côté francophone. Cette différence est due, sans aucun doute, à l'examen d'entrée instauré par la Communauté flamande en 1997 afin de respecter le quota pour les professions médicales. Côté francophone, une sélection serait également opérée, mais les résultats s'en font attendre.

Les universités flamandes craignent qu'en fin de compte tous les diplômés se voient attribuer un numéro INAMI, ce qui mettrait en danger le budget de cette institution et entraînerait un raz de marée de dentistes francophones en Flandre.

La ministre peut-elle assurer que le contingentement pour les dentistes sera maintenu? Qu'advient-il de la pléthore de dentistes francophones? Quels efforts les universités francophones consentent-elles pour respecter le quota? Quel serait l'impact budgétaire pour l'INAMI en cas de non-respect du quota? Où en est le cadastre des professions médicales?

Ten derde, welke inspanningen worden aan de Franstalige universiteiten geleverd om de opgelegde quota te halen?

Ten vierde, wat is de budgettaire impact van de opleiding van een overmatig aantal tandartsen? Wat zou de impact op het RIZIV-budget zijn, indien de afgesproken quota niet zouden worden nagekomen? Is zulks in de huidige tijden van noodzakelijke besparingen verantwoord?

Ik heb, ten slotte, nog een bijkomende vraag. Hoever staat het met het kadaster voor de medische beroepen?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Bont, in de Franse Gemeenschap is het aantal inschrijvingen in het eerste jaar tandheelkunde blijkbaar gestegen. Het universitair onderwijs valt onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen en ik moet het daar gevoerde beleid niet becommentariëren. Ik zal in ieder geval de toepassing van de contingentering zoals die op federaal vlak vastligt, in de gaten houden. Het lijkt mij ook belangrijk om te herinneren aan het koninklijk besluit van 19 augustus 2011 betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde. Dat besluit voorziet in een verkenningsregel waardoor men de verschillen die maximum 20 % hoger of lager liggen dan het vastgelegd aantal voor het betrokken jaar, over verschillende jaren kan spreiden, waarbij de termijn in 2020 afloopt.

Rekening houdend met het aantal kandidaten tandheelkunde dat nu gekend is en met de soepelheid van het planningssysteem, hoeven wij in dit stadium geen overschrijding van het vastgesteld contingent en grotere uitgaven voor het RIZIV te vrezen. Ik zal die problematiek blijven volgen en ik zal niet nalaten om eventueel met mijn ter zake bevoegde collega's van de Gemeenschappen te overleggen.

De federale gegevensbank van de gezondheidszorgbeoefenaars, bedoeld in artikel 35quaterdecies van het koninklijk besluit van 1978 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, ook kadaster genoemd, is al minstens twee jaar volledig operationeel. Momenteel bevat die database de gegevens over de geneesheren, de tandartsen, de zorgkundigen, de verpleegkundigen, de kinesitherapeuten, de vroedvrouwen, de apothekers, de erkende paramedische beroepen en de hulpverleners-ambulanciers. De enkele gezondheidszorgberoepen die nog ontbreken, zullen er binnenkort aan toegevoegd worden.

In tegenstelling tot een wijdverspreid idee, bevat het kadaster echter geen systematische koppeling van de identificatiegegevens van het kadaster met die van het RIZIV. Het kadaster mag wettelijk gezien enkel de gegevens bijhouden inzake de naam en voornaam, de beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden, de beroepszetel en het sociaal statuut van die gezondheidszorgbeoefenaars.

Ik ben het echter wel met u eens dat wij een permanent activiteitenkadaster van de gezondheidszorgprofessionals zouden moeten hebben dat ons een zeer nauwkeurig zicht geeft op het aanbod van gezondheidszorgwerkers in termen van arbeidskrachten. Hierdoor zou men een echte planning kunnen maken in plaats van een eenvoudige numerus clausus. Ik zal in dit verband binnenkort een

14.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: En Communauté flamande, le nombre d'étudiants en dentisterie a manifestement augmenté, mais il ne m'appartient pas de commenter la politique des Communautés. Je suivrai en tout cas l'évolution du quota fédéral.

L'arrêté royal du 19 août 2011 stipule que si le nombre de candidats dépasse ou est inférieur de 20 % maximum au nombre fixé, la différence peut être répartie sur plusieurs années, mais au plus tard jusqu'à 2020. Il n'y a dès lors aucune crainte à avoir concernant un dépassement du quota ou des dépenses supérieures pour l'INAMI.

Cela fait déjà deux ans au moins que la banque de données fédérale des professionnels de la santé est pleinement opérationnelle. Elle contient des données sur les médecins, les dentistes, les aides-soignants, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les pharmaciens, les praticiens de professions paramédicales agréées et les ambulanciers. Les professions manquantes seront prochainement ajoutées. Ce cadastre ne comporte aucun lien systématique avec les données INAMI. J'admets qu'un cadastre permanent des activités des praticiens de la santé nous permettrait de remplacer le *numerus clausus* par une réelle planification. Je prendrai une initiative dans ce sens.

initiatief indienen en ik zal niet nalaten u van het verdere verloop van dat dossier op de hoogte te houden.

14.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, u gaat uitvoerig in op mijn bijkomende vraag over het kadaster, dat blijkbaar nog moet worden gefinetuned. U gaat licht over mijn opmerking inzake het overmatig aantal tandartsen. Het is niet zo dat er sprake is van een lichte stijging. Het gaat over tien keer meer, 700 tegenover 70.

Ik meen dat u ernstig moet overleggen met de Gemeenschappen om, binnen het kader van vijf jaar waarover u het hebt, die getallen in Franstalig België te laten overeenstemmen met de contingentering. U moet weten dat tandheelkunde een vrij dure en heel gespecialiseerde opleiding is. Het is niet verantwoord om die kosten te besteden aan die opleiding als die mensen na vijf jaar studie niet aan het werk kunnen. Het zou ook niet verantwoord zijn om hen aan het werk te laten gaan in het kader van de afgesproken contingentering in Vlaanderen en Wallonië.

Ik meen dat u hierover ernstig moet overleggen met uw collega in de Franstalige Gemeenschap.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 14177 van mevrouw De Ridder en vraag nr. 14220 van mevrouw Smeyers vervallen, aangezien beide dames afwezig zijn en ook niet hebben verzocht om hun vraag uit te stellen. Vraag nr. 14222 wordt op verzoek van mevrouw Detiège uitgesteld.

14.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, comme la réponse est longue, on devrait demander à Mme Detiège si on peut lui envoyer la réponse écrite.

De **voorzitter**: Ik zal ze als een schriftelijke vraag beschouwen. Ik zal het zo met mevrouw Detiège afspreken.

14.05 Laurette Onkelinx, ministre: Je vous remercie.

De **voorzitter**: Vraag nr. 14236 van mevrouw Jadin vervalt eveneens, aangezien ze niet aanwezig is. De samengevoegde vragen nrs 14252 en 14422 van de dames Schyns en Snoy worden uitgesteld op verzoek van de indieners.

15 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het toedienen van geneesmiddelen aan kinderen die niet op hen getest zijn" (nr. 14286)

15 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'administration de médicaments à des enfants sur lesquels ils n'ont pas été testés" (n° 14286)

15.01 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, uit een Amerikaans onderzoek dat werd voorgesteld op de American Academy of Pediatrics in New Orleans blijkt dat 96 % van alle pediatrie patiënten en alle patiënten tussen 13 en 17 jaar die op intensieve afdelingen terecht komen op een of ander moment off-label geneesmiddelen toegediend krijgen omdat er voor een hele reeks noodzakelijke geneesmiddelen gewoon geen testen op kinderen zijn uitgevoerd en omdat er ook geen alternatieven bestaan. Een van de oorzaken is dat de lat voor klinische proeven bij patiënten

15.01 Rita De Bont (VB): Il ressort d'une étude américaine que 96 % des patients pédiatriques et tous les patients âgés de 13 à 17 ans soignés dans des unités de soins intensifs reçoivent à un moment ou l'autre des médicaments *off label* pour la simple raison qu'aucun test n'a été

over het algemeen zo hoog ligt dat bijna niet aan de eisen kan worden voldaan als het om een beperkte groep zoals kinderen gaat. U bent zich wellicht bewust van deze problematiek.

Bent u zich bewust van schadegevallen of iatrogene problemen die het gevolg zijn van het niet testen van de gebruikte medicatie op kinderen?

Op Europees niveau werkt men momenteel aan een regelgeving waardoor het gemakkelijker zou zijn om kinderdoseringen vast te leggen.

Overweegt men in dat geval om de eisen die verbonden worden aan het uitvoeren van klinische proeven af te zwakken? Kan men deze eisen afzwakken zonder de veiligheid van de proefpersonen of toekomstige patiënten in het gedrang te brengen? Welke aanpassing van de bestaande regelgeving overweegt men dan? Is men zinnens om in dit verband in België bijkomende acties te ondernemen?

effectué sur des enfants et qu'il n'existe pas de solution de rechange non plus. L'une des explications réside dans le fait que les exigences sont tellement élevées en matière de tests cliniques qu'il est presque impossible d'y satisfaire lorsqu'il s'agit d'enfants.

Des médicaments qui n'ont pas été testés sur des enfants leur sont dès lors administrés. La ministre a-t-elle conscience des conséquences possibles de cette situation?

Une réglementation est en préparation à l'échelon européen pour permettre de fixer plus facilement les dosages médicamenteux pour enfants. Est-on prêt, dans ce contexte, à revoir à la baisse les exigences pour les tests cliniques? La sécurité des enfants pourrait-elle être menacée? Notre pays prendra-t-il d'autres initiatives?

15.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De problematiek die u aanhaalt, inclusief de schadegevallen als gevolg van het niet testen van de medicatie op kinderen, is ons bekend. Het probleem ligt mee aan de oorsprong van de Europese pediatische verordening die sinds januari 2007 van kracht is. Deze verordening bepaalt dat de toediening van geneesmiddelen aan kinderen gebaseerd is op wetenschappelijke gegevens afkomstig van klinische studies op kinderen. De verordening verplicht dat tijdens de ontwikkeling van elk nieuw geneesmiddel een plan voor pediatisch onderzoek wordt ingediend. Dit plan wordt door het Pediatisch Comité van het Europees Geneesmiddelenagentschap beoordeeld.

De experts van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen (het FAGG) verzekeren een actieve vertegenwoordiging binnen het Pediatisch Comité en zijn werkgroepen.

De verordening ziet eveneens toe op het stimuleren van de publieke verspreiding van de reeds beschikbare informatie inzake pediatische behandelingen.

Voor geneesmiddelen die al in de handel zijn zonder pediatische indicatie maar die toch aan kinderen worden voorgeschreven, wordt ook in andere beschikkingen voorzien.

Er wordt in een bescherming van 10 jaar voorzien voor een farmaceutische firma die een volgens de regels uitgevoerd pediatisch onderzoek plande dat resulteerde in een goed onderbouwde pediatische indicatie.

15.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Nous avons connaissance de ce problème. Il est partiellement à l'origine du règlement européen pédiatrique qui est en vigueur depuis janvier 2007. Ce règlement dispose que seuls des médicaments ayant été l'objet d'études cliniques peuvent être administrés aux enfants. De même, lors du développement de tout nouveau médicament, un plan d'investigation pédiatrique doit être soumis à l'évaluation du comité pédiatrique de l'Agence européenne des médicaments.

Le règlement vise également à une meilleure information du public en ce qui concerne les traitements pédiatriques.

Des arrangements sont possibles pour les médicaments déjà prescrits à des enfants mais qui sont commercialisés sans indication pédiatrique. Les sociétés pharmaceutiques qui ont mené une étude pédiatrique

De Europese verordening ondersteunt ook het klinisch onderzoek bij kinderen door de creatie van een netwerk van experts en expertisecentra binnen deze domeinen.

Het Europees netwerk dat de nationale inspanningen coördineert, is zijn activiteiten met succes gestart in 2010.

Fundamenteel bij elke klinische proef blijft een afweging van de risico's voor de deelnemers en de eventuele baten voor de deelnemers en de volksgezondheid.

De verplichte betrokkenheid van experts in het pediatrisch domein, waarin in de Belgische experimentenwet is voorzien, zorgt ervoor dat voor elke aanvraag voor een klinische studie het pediatrisch gebruik nauwkeurig wordt opgevolgd.

Gezien de ethische bezorgdheden van klinische studies bij kinderen worden deze studies ook geregeld in internationale richtlijnen en wetgevingen.

15.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, u zegt dat de verordening van 2010 dateert. Ik leid uit uw antwoord af dat dit nog niet volledig is uitgewerkt en ook nog niet volledig wordt toegepast.

U hebt ook geen weet van ongelukken of schadegevallen die het gevolg zijn van het toedienen van medicatie aan kinderen die niet voor hen bestemd was?

15.04 Minister Laurette Onkelinx: Neen.

15.0515.05 Rita De Bont (VB): De maatregelen zijn ook nog niet volledig van toepassing? Men werkt eraan?

15.06 Minister Laurette Onkelinx: Ja.

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

De **voorzitter:** Beste collega's, we hebben afgesproken om tot 17 u 30 te vergaderen. Als de sprekers de spreektijd die is bepaald in het Reglement respecteren, kunnen we de vragen van de heer Van Biesen en mevrouw Wierinck nog behandelen.

16 Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de verzorging van patiënten die niet in staat zijn om zonder toezicht te leven" (nr. 14314)

16 Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les soins aux patients qui ne sont pas aptes à vivre sans surveillance" (n° 14314)

16.01 Luk Van Biesen (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, een eerste punt waarbij we moeten stilstaan is de

correcte et ont abouti à une indication pédiatrique bien étayée sont protégées durant dix ans.

Le règlement européen soutient également la recherche pédiatrique clinique par la création d'un réseau d'experts et de centres d'expertise. Le réseau européen qui coordonne les efforts nationaux a commencé ses activités en 2010 avec succès. Une réglementation internationale est nécessaire en l'espèce étant donné l'aspect éthique de ces études cliniques.

15.03 Rita De Bont (VB): Le règlement de 2010 n'est dès lors pas entièrement appliqué?

La ministre a-t-elle connaissance de dommages découlant de l'administration de médicaments inadaptés à des enfants?

15.04 Laurette Onkelinx, ministre: Les mesures sont encore en cours d'élaboration.

Je n'ai pas connaissance de dommages survenus dans ce contexte.

16.01 Luk Van Biesen (Open Vld): Environ 15 % des patients

verzorging van patiënten die niet in staat zijn zonder toezicht te leven. Het is schrijnend te vernemen dat ongeveer 15 % van de patiënten die na een ongeval in coma geraken, na hun revalidatie een blijvende desoriëntatie en moeilijk hanteerbaar gedrag vertoont. De patiënten zijn vaak jonge mannen met een gezin. Doordat zij een lange tijd een algemeen zuurstoftekort in de hersenen hebben gehad, zijn deze personen in coma geraakt. Blijkbaar worden ze moeilijke patiënten in de toekomst. Men weet eigenlijk niet goed waar men met hen naartoe moet, naar een ziekenhuis of naar een rust-en verzorgingstehuis. Dat laatste is meestal geen oplossing omwille van hun leeftijd. Er is op dit ogenblik geen opvangmogelijkheid voor deze patiënten. Het gaat toch om 15 % van de patiënten die na een ongeval in coma geraken.

Het gaat hier om verontrustende cijfers. Daarom zou ik graag met de minister van Volksgezondheid een paar minuutjes bij de problematiek blijven stilstaan.

Mevrouw de minister, erkent u de geschetste problematiek?

Waar moeten dergelijke patiënten volgens u wel terecht komen? Vandaag kunnen zij immers enkel in een ziekenhuis terecht.

Is wat men doet de juiste opvangmethode? Is de manier die wordt gehanteerd, de juiste?

Welke maatregelen zal u treffen om patiënten de correcte behandeling te geven?

Uiteraard heeft een en ander een financieel plaatje. Het is bijgevolg bijzonder schrijnend dat 15 % van de comapatiënten later niet in staat is zonder toezicht verder te leven.

Hoe vangt een menswaardige samenleving als de onze een dergelijk probleem op?

16.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, de federale overheid beschikt niet over cijfers van het aantal patiënten dat na het ontwaken uit een coma nog ernstig zorgbehoevend blijft. De problematiek van de bewuste patiënten is mij echter wel bekend.

Het Federaal Deskundigenplatform dat werd opgericht in navolging van het protocol van 24 mei 2004 betreffende het beleid dat ten aanzien van patiënten in een persisterende vegetatieve status moet worden gevoerd, heeft begin 2009 de opvangproblemen voor dergelijke patiënten aangekaart.

Het platform heeft gevraagd de doelgroep van de centra voor niet-aangeboren hersenletsels, zijnde rust- en verzorgingstehuizen met erkende bedden voor comapatiënten, naar de bewuste patiënten uit te breiden.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft mij daaromtrent op 11 juni 2009 echter een negatief advies gegeven. De Raad stelt dat het niet mogelijk is de verschillende opvangtypes te diversifiëren. Hij onderstreept echter het belang aan de verzorgingsnoden te beantwoorden in het kader van de algemene verzorging in een rust- en verzorgingstehuis.

qui tombent dans le coma à la suite d'un accident, montrent des signes persistants de désorientation après leur revalidation et ont un comportement erratique. Or il n'existe à l'heure actuelle aucune possibilité d'accueil pour ces patients qui doivent pourtant faire l'objet d'une surveillance.

La ministre reconnaît-elle l'existence de ce problème? Actuellement, ces personnes ne peuvent être prises en charge que dans un hôpital ou une maison de repos et de soins. Une meilleure forme de prise en charge n'est-elle pas envisageable pour de tels patients? Quelles mesures la ministre prendra-t-elle pour que ces personnes puissent bénéficier d'une prise en charge appropriée?

16.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Les autorités fédérales ne disposent pas de chiffres concernant le nombre de patients sortis du coma qui nécessitent encore beaucoup de soins, mais j'ai conscience du problème.

La plate-forme nationale d'experts a mis en évidence, début 2009, les problèmes de prise en charge de tels patients et a demandé qu'ils soient intégrés dans le groupe cible des centres pour lésions cérébrales acquises, donc les maisons de repos et de soins disposant de lits agréés pour patients comateux. Le Conseil national des établissements hospitaliers a toutefois rendu un avis négatif à ce sujet, estimant qu'il n'est pas possible de diversifier les différentes formes

Dit in acht genomen en gezien het een moeilijk af te bakenen groep van patiënten is met verre van homogene zorgnoden, lijkt het mij niet wenselijk een specifieke regeling voor deze patiënten uit te werken. Zoals algemeen bekend laat de huidige budgettaire situatie bovendien zeer weinig ruimte voor nieuwe initiatieven.

Wat de jonge patiënten betreft, kan ik u zeggen dat deze eigenlijk niet thuishoren in de rust- en verzorgingstehuizen maar wel in de voorzieningen voor personen met een handicap die onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen en de Gewesten vallen.

d'accueil.

C'est la raison pour laquelle il ne m'apparaît pas souhaitable d'élaborer un régime spécifique pour ces patients. En outre, nous ne disposons que de très peu de marge budgétaire pour de nouvelles initiatives.

J'ajoute que les jeunes patients n'ont pas leur place dans les maisons de repos et de soins, mais bien dans des institutions pour les personnes handicapées, qui relèvent de la compétence des Communautés et des Régions.

16.03 Luk Van Biesen (Open Vld): Ik maak uit het antwoord op dat de Gemeenschappen en de Gewesten eigenlijk de problematiek moeten oplossen. Blijkbaar is de problematiek als dusdanig moeilijk oplosbaar. Ik ben het met de minister eens dat deze jongeren gelet op hun leeftijd niet in de rust- en verzorgingstehuizen horen. Ik ben het daarover voor 200 % met haar eens. Vandaag is er echter geen oplossing en hen gewoon in een ziekenhuis laten is ook geen oplossing. Het is in dit land natuurlijk altijd zo dat een of ander niveau het moet oplossen, maar als dat niet gebeurt, blijven deze mensen gewoon in het ziekenhuis zitten. Dat is ook geen oplossing.

16.03 Luk Van Biesen (Open Vld): Je suis d'accord pour dire que ces jeunes n'ont pas leur place dans les maisons de repos et de soins. Dans notre pays, il y a toujours bien un niveau de pouvoir censé trouver une solution. Mais si ce n'est pas le cas, ces jeunes restent simplement à l'hôpital, ce qui n'est certainement pas une solution.

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

17 Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "alcoholgebruik bij 65-plussers" (nr. 14315)

17 Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la consommation d'alcool chez les personnes de plus de 65 ans" (n° 14315)

De **voorzitter**: Mijnheer Van Biesen, ik ben echt benieuwd naar deze vraag.

17.01 Luk Van Biesen (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, wij zijn nog geen 65, dus wij hebben nog even tijd om over deze vraag na te denken, maar het alcoholgebruik stijgt blijkbaar bij 65-plussers.

17.01 Luk Van Biesen (Open Vld): La consommation d'alcool chez les personnes de plus de 65 ans augmente ...

Alles is natuurlijk zeer relatief. Volgens de Universiteit Antwerpen begint het overmatig gebruik bij zeven glazen per week, maar blijkbaar drinkt 20 % van de 65-plussers veel meer.

De **voorzitter**: Het gaat dus om één glas per dag, en u stelt er een parlementaire vraag over?

17.02 Luk Van Biesen (Open Vld): Zeven glazen is de ondergrens van de Universiteit Antwerpen, maar er blijkt wel degelijk een stijgend verbruik van alcohol te zijn bij 65-plussers. Men heeft het vaak enkel over heel jonge mensen die te veel alcohol verbruiken, dus het is goed de doelgroep van problematische alcoholgebruikers uit te breiden tot de 65-plussers. Er is dus ook nood aan speciale methodes

17.02 Luk Van Biesen (Open Vld): ... et le problème n'est dès lors pas circonscrit aux jeunes. Il faudrait par conséquent élargir le groupe cible des personnes qui présentent un usage

om de 65-plussers aan te zetten minder alcohol te verbruiken. Iedereen weet immers wat de gevolgen van alcohol op de algemene gezondheid zijn.

Mevrouw de minister, voert Volksgezondheid enige sensibilisatiecampagne om het alcoholverbruik bij 65-plussers te doen afnemen?

problématique de l'alcool aux plus de 65 ans. Il faut recourir à des méthodes particulières pour inciter ces personnes à réduire leur consommation d'alcool.

Le SPF Santé publique mène-t-il également des campagnes de sensibilisation à l'adresse de ce groupe cible?

De **voorzitter**: Mevrouw de minister, ik ben nog meer benieuwd naar uw antwoord.

17.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Het alcoholverbruik bij 65-plussers is uiteraard een problematiek die mijn bijzondere aandacht wegdraagt, temeer daar werd aangetoond dat deze bevolkingsgroep zeer dikwijls tegelijk verschillende behandelingen volgt. Meervoudig medicatiegebruik in combinatie met alcohol is bijzonder problematisch.

Sinds 2012 werd ter zake een project opgezet, dat werd gesubsidieerd door het Verslavingsfonds en dat door het Instituut voor Permanente Studie voor Apothekers (IPSA,) de Association Pharmaceutique Belge (APB) en de Société Scientifique des Pharmaciens Francophones (SSPF) werd uitgevoerd. Door dit project kon een folder tot stand komen die zich richt tot patiënten die geneesmiddelen nemen en alcohol drinken.

Er wordt ook een opleiding voorgesteld aan de apothekers om hun rol als raadgever te verbeteren. Dat project slaat natuurlijk ook op de 65-plussers.

Zoals u weet, valt preventie niet onder mijn bevoegdheden. De volgende interministeriële conferentie Volksgezondheid zal zich echter buigen over de in 2008 ondertekende gemeenschappelijke verklaring inzake alcohol. Ik zal vragen dat de werkgroep die met het oog op het bijwerken van die verklaring werd opgericht, ook de specifieke problematiek van de ouderen opneemt.

17.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je suis particulièrement attentive à ce problème, d'autant plus que les personnes de plus de 65 ans suivent souvent dans le même temps des traitements médicaux. La prise de médicaments multiples associée à la consommation d'alcool constitue un cocktail particulièrement dangereux.

Un projet, subventionné par le Fonds de lutte contre les assuétudes et mis en œuvre par les diverses associations scientifiques pharmaceutiques belges, a été lancé en 2012. Une brochure destinée aux patients absorbant des médicaments et consommant de l'alcool a été publiée. Une formation est en outre proposée aux pharmaciens pour renforcer leur rôle de conseiller.

La prévention est une compétence régionale. La prochaine Conférence interministérielle de la Santé publique se penchera sur ce problème en se basant sur une déclaration commune en matière de consommation d'alcool. Je demanderai au groupe de travail chargé de finaliser cette déclaration de ne pas oublier d'évoquer la situation spécifique des personnes âgées.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Biesen, u krijgt het woord voor uw repliek.

17.04 **Luk Van Biesen** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik dank de minister voor het antwoord en ik ...

De **voorzitter**: (...) te regionaliseren?

17.05 Luk Van Biesen (Open Vld): Nee, maar het is zeer belangrijk dat dit opnieuw wordt opgenomen. De minister heeft voor honderd procent gelijk dat, zeker in die categorie van de bevolking, het meervoudig geneesmiddelengebruik gekoppeld aan alcoholgebruik, gevolgen kan hebben.

Mevrouw de minister, ik ben blij dat u mijn vragen ernstig opneemt en dat u dit op de conferentie met de Gewesten en de Gemeenschappen zult bespreken.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Wierinck, u bent de laatste vraagsteller voor deze namiddag.

17.06 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, M. Clerfayt a-t-il demandé le report de sa question n° 14351?

17.05 Luk Van Biesen (Open Vld): Effectivement, chez cette catégorie de personnes plus que chez d'autres, combiner la prise de plusieurs médicaments et la consommation d'alcool risque d'entraîner de graves conséquences. Je me réjouis donc que la ministre aborde la question avec les Régions et les Communautés.

17.06 Minister Laurette Onkelinx: Heeft de heer Clerfayt gevraagd om zijn vraag nr. 14351 uit te stellen?

Le **président**: Oui.

De **voorzitter**: Ja.

17.07 Luk Van Biesen (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik heb nog vraag nr. 14494.

De **voorzitter**: U hebt uw vraag deze voormiddag al aan minister van Middenstand Laruelle gesteld. Het gaat om dezelfde vraag.

17.08 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer Van Biesen, het antwoord op uw vraag zal voor een volgende commissievergadering zijn.

18 Vraag van mevrouw Lieve Wierinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de terugbetaling van borstreconstructies" (nr. 14348)

18 Question de Mme Lieve Wierinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le remboursement des reconstructions mammaires" (n° 14348)

18.01 Lieve Wierinck (Open Vld): Mevrouw de minister, na de behandeling van borstkanker bij vrouwen kunnen de borsten worden gereconstrueerd via implantaten of via de DIEP-flaptechniek waarbij de borst wordt gereconstrueerd met vetweefsel uit de buik. Normaal gezien zijn er bij de DIEP-flaptechniek minder problemen in vergelijking met implantaten. Op langere termijn zijn de reconstructies via DIEP flap ook goedkoper. Zo'n 2 000 vrouwen per jaar krijgen een volledige borstreconstructie. Dat cijfer stijgt, omdat de resultaten van dergelijke ingrepen steeds beter worden.

Borstreconstructies worden terugbetaald door de ziekteverzekering. In 2008 werd de terugbetaling voor dergelijke ingrepen verhoogd van 650 tot 1 480 euro. Toch blijkt dat nog veel artsen ereloonsupplementen aanrekenen voor de DIEP flap, wat ze eigenlijk niet mogen. Volgens de Vlaamse Liga tegen Kanker gaat het om bedragen tussen 800 en 3 333 euro per borst. Sommige artsen laten hun patiënten ereloonsupplementen betalen op basis van de esthetische afwerking. Dat is eigenlijk onterecht. De ware reden is

18.01 Lieve Wierinck (Open Vld): En 2008, le remboursement de la reconstruction mammaire par la technique du DIEP est passé de 650 à 1 480 euros. En dépit de l'interdiction de demander des suppléments, certains médecins facturent parfois jusqu'à 3 333 euros par sein. Les montants perçus par les médecins pour les opérations sont fixés de commun accord par les mutualités et les médecins. Une concertation menée entre les mutualités, la Vlaamse Liga tegen Kanker, les fournisseurs d'assurance et les chirurgiens a débouché sur la proposition de tripler le

eigenlijk anders: die operaties duren namelijk veel langer. Een gewone operatie met implantaten duurt ongeveer twee uur en een DIEP-flapoperatie duurt zeven tot negen uur.

RIZIV-topman Jo De Cock stelt dat de artsen zelf voor een groot deel de verantwoordelijkheid dragen voor wat ze voor de operaties krijgen. De bedragen worden bepaald door de ziekenfondsen en de artsen. Het gaat dus niet om lage tarieven die de overheid zomaar oplegt. Hij geeft wel toe dat er iets schort aan de tarieven voor de borstreconstructies. Overleg tussen de ziekenfondsen, de VLK, het Kankerinstituut, de hospitalisatieverzekeringen en de chirurgen heeft tot een gezamenlijk voorstel geleid om de terugbetalingstarieven voor DIEP-flapoperaties te verdrievoudigen. Dat voorstel zou uw steun genieten.

Het RIZIV moet nu enkel nog de knoop doorhakken.

Wie neemt de uiteindelijke beslissing, het RIZIV of de regering? Wat is de timing? Met andere woorden, van wanneer zouden de verhoogde terugbetalingen van toepassing zijn? Wat is de kostprijs voor de sociale zekerheid? Zijn er studies die aantonen in welke mate DIEP-flapingrepen op langere termijn goedkoper zouden zijn dan implantaten?

18.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt geregeld bij KB. Na de voorbereiding door werkgroepen worden voorstellen geformuleerd in de Technisch Geneeskundige Raad, waarna de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen de tarieven bepaalt. Na onderzoek door de commissie Begrotingscontrole en het Verzekeringscomité wordt het ontwerp naar mij opgestuurd om het voorstel al dan niet te aanvaarden.

Vooralsnog heeft de artsenvertegenwoordiging in het RIZIV tot nu toe nog geen vraag gesteld aan de Technisch Geneeskundige Raad om de vergoeding van de DIEP-flapoperaties te herzien of op te waarderen. Het overleg waarnaar u verwijst, had een informeel karakter en vond niet plaats binnen de geëigende overleg- en beslissingsorganen van de verplichte verzekering. Het voorstel dat uit het informeel overleg buiten het RIZIV is voortgekomen, is dan ook niet verworven. Hetzelfde geldt voor de budgettaire middelen die nodig zijn om een dergelijk voorstel te implementeren.

De kostprijs voor de sociale zekerheid wordt bepaald door het terugbetalingstarief voor de operatie – chirurg en anesthesist –, de materialen zoals de borstprothese, de kosten van de hospitalisatie en bijkomende onderzoeken.

Ik beschik momenteel niet over gegevens voor het geheel van de kosten verbonden aan de twee door u genoemde operaties.

De vergoeding voor de twee interventies zijn: borstreconstructie met implantaat, 237,45 euro; anesthesist, 39,59 euro; borstprothese afhankelijk van het type, variërend van 394,42 tot 1 017,33 euro; borstreconstructie met DIEP flap, chirurg: 1 484,04 euro; anesthesist: 825,79 euro.

Sommige studies poneren inderdaad dat een borstreconstructie met

remboursement de la reconstruction par lambeau DIEP. La ministre aurait accueilli favorablement cette proposition.

Qui prend la décision finale en la matière, l'INAMI ou le gouvernement? Quand ce remboursement majoré sera-t-il réalité? Que coûtera-t-il à la sécurité sociale? Des études ont-elles démontré la mesure dans laquelle la technique du DIEP est moins chère, à long terme, que les implants?

18.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: La nomenclature des prestations de santé est régie par arrêtés royaux. Les propositions doivent d'abord être formulées au sein du Conseil Technique Médical, après quoi la Commission nationale médico-mutualiste fixe les tarifs. La Commission de contrôle budgétaire et le Comité de l'assurance étudient ensuite la proposition et me transmettent le dossier.

Le Conseil Technique Médical n'a encore reçu aucune proposition de modification du remboursement des opérations de reconstruction mammaire par DIEP. La concertation à laquelle Mme Wierinckx fait référence n'avait qu'un caractère informel.

Le coût à charge de la sécurité sociale est fixé par le tarif de remboursement de l'opération, les matériaux utilisés, les coûts d'hospitalisation et les examens supplémentaires. La reconstruction mammaire par auto-transplantation de tissus est plus onéreuse, mais selon certaines études, elle est meilleur marché, à plus long terme, qu'un implant

eigen weefsel, hoewel initieel veel duurder, over een langere periode gemeten minder duur zal zijn dan een reconstructie met implantaten omdat bij implantaten vrij frequent nieuwe ingrepen nodig zijn. Anderzijds is een reconstructie met eigen weefsel niet bij alle patiënten mogelijk of aangewezen. Daarom wordt in de ziekteverzekering in beide mogelijkheden voorzien.

étant donné que dans ce dernier cas, des réinterventions sont souvent nécessaires. L'assurance maladie prévoit les deux types d'opérations étant donné que la technique DIEP ne peut pas être pratiquée sur toutes les patientes.

18.03 Lieve Wierinck (Open Vld): De DIEP flap is uiteindelijk een duurdere ingreep, maar uit het oogpunt van de tijd goedkoper. Ze is aan te raden als de mogelijkheid er is.

18.03 Lieve Wierinck (Open Vld): D'un point de vue budgétaire, DIEP Flap est donc conseillé pour autant que le patient ne présente aucune contre-indication.

18.04 Minister Laurette Onkelinx: (...)

18.05 Lieve Wierinck (Open Vld): Het moet kunnen.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.31 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17.31 heures.*