

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?

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 huidig 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 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 eindloopbaan 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.

**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.

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**

roerien" (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)**

**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.

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? Connaissions-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.

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.

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 son job!

**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!

*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<sup>er</sup> mai 2004 une intervention supplémentaire dans le prix de certains moyens de contraception.

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.

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.

#### **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 eczémas 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 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.

**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.

*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 verwikkelingen 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 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 verstrekkingen in de lijst van verstrekkingen 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.*

**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 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 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.

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

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.

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?

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?

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 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<sup>er</sup> 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 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 fassions 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 reconnaissances?

De combien de personnes dispose actuellement ce service?

Combien sont-elles nécessaires idéalement pour résorber ce retard?

**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, 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'émettrait 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.*  
*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 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.

**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.

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.

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.

*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.

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

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 artseneerbereidkunde in de operatiezaal en de ontwaakruimte.

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-diensthooft aan te stellen. Hoofdarts en geneesheer-diensthooft 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.

*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 huisartseneeskunde.

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?

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 verkenningregel 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 planningsysteem, 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 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 pediatrische patiënten en alle patiënten tussen 13 en 17 jaar die op intensieve afdelingen terechtkomen op een of ander moment off-labelgeneesmiddelen 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 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 kinderdosering 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?

**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 pediatrische 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 pediatrisch onderzoek wordt ingediend. Dit plan wordt door het Pediatrisch Comité van het Europees Geneesmiddelenagentschap beoordeeld.

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

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

Voor geneesmiddelen die al in de handel zijn zonder pediatrische 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 pediatrisch onderzoek plande dat resulteerde in een goed onderbouwde pediatrische indicatie.

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.

**15.05 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 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.

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.

**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.

*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.

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 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?

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.

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?

Le **président**: Oui.

**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 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 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.

**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.

**18.04** Minister **Laurette Onkelinx**: (...) (*zonder micro*)

**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.*