



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BEKNOPT VERSLAG

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

Woensdag

Mercredi

25-05-2016

25-05-2016

Namiddag

Après-midi

Het Beknopt Verslag geeft een samenvatting van de debatten. Rechtzettingen kunnen schriftelijk meegedeeld worden vóór

30/05/2016, om 16 uur.

aan de dienst Vertaling BV-CRA

Fax: 02 549 82 33

e-mail: vert.crabv.correcties@deKamer.be

Le Compte rendu analytique est un résumé des débats. Des rectifications peuvent être communiquées par écrit avant le

30/05/2016, à 16 heures.

au Service de Traduction du CRA-BV

Fax: 02 549 82 33

e-mail: trad.crabv.corrections@laChambre.be

N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	Parti Socialiste
MR	Mouvement réformateur
CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	Open Vlaamse Liberalen en Democraten
sp.a	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	centre démocrate Humaniste
VB	Vlaams Belang
DéFI	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PTB-GO!	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture!
PP	Parti Populaire

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 54 0000/000	Parlementair stuk van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)
CRABV	Beknopt Verslag (witte kaft)	CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture blanche)
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
	(witte kaft)		(couverture blanche)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beige kleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

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

INHOUD

SOMMAIRE

Samengevoegde vragen van	1	Questions jointes de	1
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de wenselijkheid van en de eventuele voorwaarden voor de toestemming voor bloeddonaties door mannen die seks hebben met mannen" (nr. 11170)	1	- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur l'opportunité et les conditions éventuelles d'une autorisation de don de sang pour des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes" (n° 11170)	1
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door mannen die seks hadden met andere mannen" (nr. 11233)	1	- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par des hommes ayant des relations avec des hommes" (n° 11233)	1
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door homo- en biseksuele mannen" (nr. 11386) <i>Sprekers: Daniel Senesael, Anne Dedry, Valerie Van Peel, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	1	- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par les hommes homosexuels et bisexuels" (n° 11386) <i>Orateurs: Daniel Senesael, Anne Dedry, Valerie Van Peel, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	1
Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van zwaargewonde patiënten" (nr. 10395) <i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	4	Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge des patients polytraumatisés" (n° 10395) <i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	4
Samengevoegde vragen van	5	Questions jointes de	5
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek gepubliceerd in 'The Lancet Diabetes & Endocrinology' met betrekking tot diabetes" (nr. 10717)	5	- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude relative au diabète publiée dans 'The Lancet Diabetes & Endocrinology'" (n° 10717)	5
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een diabetesregister" (nr. 10922) <i>Sprekers: Els Van Hoof, Yoleen Van Camp, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	5	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des cas de diabète" (n° 10922) <i>Orateurs: Els Van Hoof, Yoleen Van Camp, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	5
Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's ten gevolge van de blootstelling van de bevolking aan de magneetvelden van elektrische installaties" (nr. 10753) <i>Sprekers: Véronique Caprasse, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	8	Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques pour la santé à la suite de l'exposition de la population aux champs magnétiques émanant des installations électriques" (n° 10753) <i>Orateurs: Véronique Caprasse, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	8
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	9	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur	9

over "de opwaardering van de thuisverpleegkunde" (nr. 10900)		"la revalorisation des soins infirmiers à domicile" (n° 10900)	
<i>Sprekers:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kinderthuiszorg" (nr. 10903)	11	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins pédiatriques à domicile" (n° 10903)	11
<i>Sprekers:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een taaltest voor tandartsen" (nr. 10906)	12	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un examen linguistique pour les dentistes" (n° 10906)	12
<i>Sprekers:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "profielcommissies" (nr. 10909)	14	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les commissions de profils" (n° 10909)	14
<i>Sprekers:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van gedetineerden met psychische problemen" (nr. 10915)	15	Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation des détenus atteints de troubles psychiques" (n° 10915)	15
<i>Sprekers:</i> Daniel Senesael, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Daniel Senesael, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hospitalisatieduur ingevolge de plaatsing van een heupprothese" (nr. 10917)	17	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la durée d'une hospitalisation à la suite de la pose d'une prothèse de hanche" (n° 10917)	17
<i>Sprekers:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie van het aantal gevallen van schildklierkanker bij kinderen ten gevolge van het ongeval in de kerncentrale van Tsjernobyl" (nr. 10758)	19	Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évolution du cancer de la thyroïde chez les enfants à la suite de l'accident de la centrale de Tchernobyl" (n° 10758)	19
<i>Sprekers:</i> Muriel Gerkens, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Muriel Gerkens, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "oligodontie" (nr. 10921)	21	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'oligodontie" (n° 10921)	21
<i>Sprekers:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	22	Questions jointes de	22

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "biomedicijnen" (nr. 10939)	22	- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bi-médicaments" (n° 10939)	22
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "biomedicijnen" (nr. 10952) <i>Sprekers: Karin Jiroflée, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	22	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bi-médicaments" (n° 10952) <i>Orateurs: Karin Jiroflée, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	22

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 25 MEI 2016

Namiddag

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

du

MERCREDI 25 MAI 2016

Après-midi

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 15.04 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de wenselijkheid van en de eventuele voorwaarden voor de toestemming voor bloeddonaties door mannen die seks hebben met mannen" (nr. 11170)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door mannen die seks hadden met andere mannen" (nr. 11233)
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door homo- en biseksuele mannen" (nr. 11386)

01.01 Daniel Senesael (PS): Ik heb u meer dan een jaar geleden gevraagd of het opportuun was om de criteria voor de levenslange uitsluiting van bloeddonaties voor mannen die seksuele betrekkingen hebben met andere mannen, te herzien.

U zei dat u mijn mening deelt dat niet de seksuele geaardheid in aanmerking moet worden genomen, maar het risicogedrag dat de overdracht van hiv bevordert.

U vertelde mij dat u het advies van de Hoge Gezondheidsraad had gevraagd.

La discussion des questions et interpellations est ouverte à 15 h 04 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 **Questions jointes de**

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur l'opportunité et les conditions éventuelles d'une autorisation de don de sang pour des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes" (n° 11170)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par des hommes ayant des relations avec des hommes" (n° 11233)
- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par les hommes homosexuels et bisexuels" (n° 11386)

01.01 Daniel Senesael (PS): Il y a maintenant plus d'un an, je vous interrogeais sur l'opportunité de réviser les critères d'exclusion à vie du don de sang pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Vous disiez partager mon point de vue selon lequel ce qu'il y a lieu de prendre en considération n'est pas l'orientation sexuelle mais les pratiques à risque favorisant la transmission du VIH.

Vous m'informiez avoir sollicité l'avis du Conseil Supérieur de la Santé.

We vinden het hoog tijd om een eind te maken aan deze discriminatie en zien dit advies daarom met ongeduld tegemoet.

Heeft de HGR zich daar ondertussen over uitgesproken? Zo neen, wanneer mogen we zijn advies verwachten? Kunt u ons de conclusies ervan meedelen? Zult u specifieke maatregelen nemen?

Een grote gay gemeenschap zou u dankbaar zijn voor een positieve reactie op dat verzoek.

01.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Het Europees Hof voor Justitie oordeelde op 29 april 2015 dat er wetenschappelijk moet worden aangetoond of er nog risico's zijn en vroeg zich af of er geen betere opsporingstesten bestaan.

Is de minister het eens met deze uitspraak? Onder welke voorwaarden kunnen bepaalde groepen of personen nog worden uitgesloten van bloeddonatie? Is ze het ermee eens dat een uitsluiting enkel tijdelijk mag zijn?

Is ons land betrokken bij het wetenschappelijk onderzoek naar bloeddonatie door homoseksuelen? Doen onze universiteiten ook onderzoek naar betere opsporingstesten? Tegen wanneer verwacht de minister de adviezen van het FAGG en de Hoge Gezondheidsraad? Hoe ver staat het met de werkzaamheden van de taskforce van de Raad van Europa die aan aanbevelingen werkt?

01.03 Valerie Van Peel (N-VA): Tijdens een vorige discussie over dit thema ging iedereen ermee akkoord dat de veiligheid van het bloed voor de ontvanger voorop moet staan. De minister gaf toen aan dat het belangrijk is om na te gaan of de huidige criteria volledig noodzakelijk zijn. Zij heeft daarover adviezen gevraagd bij de Hoge Gezondheidsraad en het FAGG en verwees naar een gepland overleg met de bloedinstellingen.

Heeft de minister die adviezen ontvangen? Wat staat daarin? Wat was het resultaat van het overleg met de bloedinstellingen? Zijn er intussen wetenschappelijke evoluties?

01.04 Minister Maggie De Block (Nederlands): Hierover wordt al vele jaren gedebatteerd. De laatste tijd hebben wij voldoende vooruitgang geboekt om tot een aanpassing te komen.

(Frans) Het ontwerpadvis van de Hoge

Nous attendons avec impatience cet avis car nous estimons qu'il est grand temps de mettre fin à cette discrimination.

A-t-il été rendu? Si non, quand pourra-t-il l'être? Êtes-vous en mesure de nous faire part de ses conclusions? Envisagez-vous de prendre des mesures spécifiques?

Une grande communauté gay vous saurait gré de réserver une réponse positive à cette demande.

01.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dans son jugement rendu le 29 avril 2015, la Cour de Justice de l'UE a estimé qu'il y avait lieu de démontrer scientifiquement l'existence ou non de risques et s'est demandée si de meilleurs tests de détection n'étaient pas disponibles.

La ministre adhère-t-elle à ce jugement? Sous quelles conditions un certain nombre de groupes ou de personnes peuvent-ils continuer à être exclus du don de sang? La ministre partage-t-elle l'idée qu'il ne peut s'agir que d'une exclusion temporaire?

Notre pays est-il associé à la recherche scientifique relative au don de sang par les homosexuels? Nos universités cherchent-elles également à améliorer les tests de détection? Quand la ministre devrait-elle recevoir les avis de l'AFMPS et du Conseil Supérieur de la Santé? Où en sont les travaux de la *task force* du Conseil de l'Europe qui travaille aux recommandations?

01.03 Valerie Van Peel (N-VA): Lors d'une discussion antérieure portant sur ce sujet, l'unanimité s'était dégagée autour de la priorité à accorder à la sécurité des receveurs de sang. La ministre avait alors indiqué qu'il était important d'examiner si les critères actuels se justifiaient entièrement. Elle a sollicité dans ce cadre l'avis du Conseil Supérieur de la Santé et de l'AFMPS et renvoyé à une concertation planifiée avec les établissements de transfusion.

La ministre a-t-elle reçu ces avis? Quelle en est la teneur? À quel résultat la concertation avec les établissements de transfusion a-t-elle abouti? Certaines évolutions scientifiques ont-elles eu lieu dans l'intervalle?

01.04 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Cette question fait l'objet d'un débat depuis de nombreuses années. Ces derniers temps, nous avons enregistré suffisamment de progrès dans ce débat pour pouvoir faire bouger les lignes.

(En français) Le projet d'avis du Conseil Supérieur

Gezondheidsraad (HGR) werd aan een groep stakeholders voorgesteld. Op 27 mei vindt er een rondetafel plaats met experts, diverse federale organen en vertegenwoordigers van de verenigingswereld.

(Nederlands) Er zal een lange omschrijving nodig zijn, want het gaat om veel verschillende groepen van mensen.

(Frans) Op die rondetafel zullen ze hun standpunt kunnen uiteenzetten. Daarna zullen we beslissen welke verdere stappen we zullen doen.

(Nederlands) Bij de besluitvorming zullen we rekening houden met de adviezen van de rondetafel. We beschikken al over de wetenschappelijke informatie, maar moeten ook rekening houden met het maatschappelijk debat.

Ook in de nieuwe politieke besluitvorming zullen we altijd uitgaan van de bekommernis om de veiligheid van transfusies. Er zullen flankerende maatregelen nodig zijn, onder meer inzake de correcte bejegening van kandidaat-donoren om te vermijden dat zij zich gediscrimineerd voelen.

(Frans) Die uitsluiting wordt als discriminatie ervaren. U verkeert in goede gezondheid, bent voorzichtig en wilt bloed geven.

(Nederlands) De uitsluitingscriteria gelden nu levenslang.

Ik verwacht veel van de rondetafel. Het is de eerste keer dat een dergelijk overleg plaatsvindt. Ik ben hoopvol dat we met de rondetafel een grote stap vooruit zullen kunnen zetten.

01.05 Daniel Senesael (PS): Niet alle homo's zijn ontrouw, respectloos of onachtzaam. Denkt u daaraan wanneer u uw werkzaamheden afrondt!

01.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Heeft de minister al een advies ontvangen van het FAGG? Wat is de stand van zaken bij de Belgische universiteiten? Of moeten we daarvoor ook beter de rondetafel afwachten?

01.07 Minister Maggie De Block *(Nederlands)*: Ik overleg morgen nog met de betrokken universiteiten. Zij worden alleszins ook geconsulteerd.

01.08 Valerie Van Peel (N-VA): Niemand hier steunt discriminatie. Als er sprake is van discriminatie, dan moet dat eruit. De prioriteit blijft

de la Santé (CSS) a été présenté à un groupe de parties prenantes. Le 27 mai, une table ronde aura lieu en présence d'experts, de différents organismes du fédéral et de représentants de l'associatif.

(En néerlandais) L'intitulé de la table ronde sera long, les groupes de personnes concernées étant nombreux.

(En français) À cette occasion, ils sont invités à exposer leur point de vue. Nous déciderons alors de la marche à suivre.

(En néerlandais) Les avis formulés lors de la table ronde seront pris en considération dans la décision finale. Nous disposons déjà des informations scientifiques, mais nous ne pouvons pas ignorer le débat sociétal.

Les nouvelles décisions politiques seront toujours dictées par le souci de garantir la sécurité des transfusions sanguines. Il faudra également des mesures d'encadrement, notamment pour accueillir correctement les candidats au don de sang, de sorte à éviter qu'ils aient le sentiment d'être victimes de discrimination.

(En français) Cette exclusion est vécue comme une discrimination. Vous êtes en bonne santé, vous êtes prudent et vous voulez donner du sang.

(En néerlandais) Les personnes exclues du don de sang le sont maintenant à vie.

J'attends beaucoup de la table ronde. C'est la première fois qu'a lieu une telle concertation. J'ai bon espoir que cette table ronde nous permettra de réaliser des avancées majeures.

01.05 Daniel Senesael (PS): Tout homosexuel n'est pas infidèle, irrespectueux ou inattentif. Pensez-y quand vous allez conclure vos travaux!

01.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): La ministre a-t-elle déjà reçu un avis de l'AFMPS? Quel est l'état des lieux du côté des universités belges? Ou est-il préférable d'attendre la table ronde pour cela aussi?

01.07 Maggie De Block, ministre *(en néerlandais)*: Demain, je me concerterai encore avec les universités concernées. Elles seront de toute façon consultées.

01.08 Valerie Van Peel (N-VA): Dans cette commission, personne n'est pour la discrimination. Toute discrimination décelée doit être éliminée.

echter de veiligheid. De stappen die we nemen moeten doordacht en goed onderbouwd zijn. Ik ben dan ook blij met het initiatief van de rondetafel.

Toutefois, la priorité reste la sécurité. Les démarches que nous entreprenons doivent être mûries et reposer sur un soubassement solide. L'initiative de la table ronde me réjouit donc.

Heeft de minister al bepaalde scenario's in gedachten?

La ministre a-t-elle déjà imaginé certains scénarios?

01.09 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Ik begrijp het ongeduld van de heer Senesael. In de bilaterale contacten hebben we naar een compromis gezocht, maar het zou onrespectvol zijn tegenover de rondetafel om nu al voorop te lopen op de resultaten. Ik ben echter zeer optimistisch en denk dat we de heer Senesael vrijdag goed nieuws kunnen brengen. Ik zal hem persoonlijk op de hoogte brengen.

01.09 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Je comprends l'impatience de M. Senesael. Nous avons recherché un compromis dans le cadre de nos contacts bilatéraux mais ce serait manquer de respect à la table ronde si nous préjugions d'ores et déjà des résultats. Je suis toutefois très optimiste et je pense que vendredi, nous aurons de bonnes nouvelles pour M. Senesael. Je le tiendrai personnellement au courant.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 **Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van zwaargewonde patiënten" (nr. 10395)**

02 **Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge des patients polytraumatisés" (n° 10395)**

02.01 **André Frédéric** (PS): Naar aanleiding van de tragische gebeurtenissen van 22 maart is de vraag gerezen of onze ziekenhuizen wel een grote toestroom van slachtoffers aankunnen en of polytraumapatiënten er optimaal kunnen worden behandeld.

02.01 **André Frédéric** (PS): À la suite des tragiques événements du 22 mars s'est posé la question de la capacité d'accueil de nos hôpitaux et de la prise en charge optimale de victimes polytraumatisées.

Zware verwondingen zijn de belangrijkste doodsoorzaak bij 45-minners in de industrielanden en 40-minners in België. In 2012 zijn er in ons land 7.000 personen aan hun verwondingen bezweken. In 2014 vielen er bij 41.481 verkeersongevallen 53.975 slachtoffers van wie er 727 binnen een maand na het ongeval zijn overleden.

Les traumatismes graves sont la première cause de décès des moins de 45 ans dans les pays industrialisés et des moins de 40 ans en Belgique. On a dénombré 7 000 décès par traumatisme en Belgique en 2012. En 2014, 41 481 accidents de la route ont fait 53 975 victimes dont 727 ont perdu la vie dans les 30 jours.

De overlevingskansen van de patiënt en eventuele complicaties hangen af van de kwaliteit en de snelheid van de behandeling. In landen die al enkele jaren over traumacentra beschikken, stelt men vast dat er heel wat minder polytraumapatiënten overlijden en dat ook het aantal invaliderende letsels sterk vermindert. De zorgcoördinatie in een uniek multidisciplinair centrum lijkt een betere behandeling te waarborgen.

La qualité et la rapidité de la prise en charge conditionnent la survie du patient et les éventuelles complications. La mortalité et les lésions invalidantes ont fortement diminué dans les pays comptant des *trauma centers* depuis plusieurs années. La coordination des soins dans un centre unique pluridisciplinaire semble garantir une meilleure prise en charge.

Zou zo'n centrum een meerwaarde kunnen bieden voor ons zorgstelsel? Wilt u hier ook dergelijke centra oprichten?

Serait-ce une plus-value pour notre système de soins? Envisagez-vous de tels centres?

02.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Ik wacht op de resultaten van de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over de traumacentra om te beslissen of ze

02.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): J'attends les résultats de l'étude du Centre fédéral d'expertise (KCE) sur les *trauma centers* pour décider s'ils constituent une plus-value. Entre-

meerwaarde bieden. Ondertussen kunnen we kijken wat er in het buitenland gebeurt en nagaan of dat nuttig kan zijn in België.

02.03 André Frédéric (PS): Wanneer zullen de resultaten van de studie van het KCE bekend zijn?

02.04 Minister Maggie De Block (Frans): Ik zal het vragen aan mijn medewerker, die over de agenda beschikt.

02.05 André Frédéric (PS): Kunnen we nu al niet nagaan hoe andere landen te werk gaan, zelfs al verschillen de socialezekerheidsstelsels?

02.06 Minister Maggie De Block (Frans): Het kabinet en het KCE zijn voorbeelden aan het verzamelen.

Het incident is gesloten.

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Els Van Hoof** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek gepubliceerd in 'The Lancet Diabetes & Endocrinology' met betrekking tot diabetes" (nr. 10717)

- juffrouw **Yoleen Van Camp** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een diabetesregister" (nr. 10922)

03.01 Els Van Hoof (CD&V): Het aantal mensen met suikerziekte – vooral type 2-diabetes – is de voorbije 30 jaar wereldwijd verviervoudigd van 108 miljoen in 1980 tot 422 miljoen in 2014.

Wat is de stand van zaken in de gesprekken met het RIZIV over de diabetesconventie? Zijn er reeds knopen doorgehakt?

Hoe zit het met de prevalentie van mensen met diabetes in België? De WHO heeft al meermaals aangedrongen op een nationaal gecoördineerd plan in ons land. Is de minister daarmee bezig? Hoe is de samenwerking met de deelstaten?

Er is geen eensgezindheid over het feit dat bepaalde medicatie leidt tot een verhoogde kans op hypoglycemie. Wordt onderzocht welke geneesmiddelen dat zijn? Is het mogelijk om het aantal geneesmiddelen dat vandaag op de markt is af te slanken?

03.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Wat is de stand van zaken, zowel wat betreft de uitbouw van het diabetesregister als wat betreft het pretraject voor

temps, nous pouvons regarder ce qui se fait ailleurs et voir si cela peut être utile en Belgique.

02.03 André Frédéric (PS): Quand arriveront les résultats de l'étude du KCE?

02.04 Maggie De Block, ministre (en français): Je demanderai à mon collaborateur qui dispose de l'agenda.

02.05 André Frédéric (PS): Même si les systèmes de sécurité sociale diffèrent, ne pourrait-on voir comment d'autres pays opèrent?

02.06 Maggie De Block, ministre (en français): Le cabinet et le KCE rassemblent les exemples.

L'incident est clos.

03 Questions jointes de

- Mme **Els Van Hoof** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude relative au diabète publiée dans 'The Lancet Diabetes & Endocrinology'" (n° 10717)

- Mlle **Yoleen Van Camp** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des cas de diabète" (n° 10922)

03.01 Els Van Hoof (CD&V): Le nombre de personnes souffrant du diabète dans le monde – surtout celui du type 2 – a quadruplé au cours des 30 dernières années, passant de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014.

Où en sont les négociations avec l'INAMI au sujet de la convention "diabète"? Des décisions ont-elles déjà été prises?

Quel est le taux de prévalence du diabète en Belgique? L'OMS a déjà souligné à de multiples reprises combien il est essentiel que notre pays se dote d'un plan national coordonné. La ministre y travaille-t-elle? Comment se déroule la coopération avec les entités fédérées?

L'idée que certains médicaments augmenteraient le risque d'hypoglycémie ne fait pas l'unanimité. Une analyse des médicaments concernés est-elle en cours? Est-il possible de réduire le nombre de médicaments présents aujourd'hui sur le marché?

03.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Où en sont l'élaboration d'un registre du diabète et la mise en place du pré-trajet diabète?

diabetici?

03.03 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): In ons land hebben een half miljoen mensen diabetes type 2. Het nieuwe zorgmodel voor deze patiënten, het zogezegde voortraject, is in werking getreden op 1 februari 2016. Het heeft als doel hen beter te begeleiden vanaf de diagnose tot de opname in een zorgtraject of een overeenkomst. Wij grijpen dus vroeger in. Deze patiënten hebben bijvoorbeeld meteen recht op terugbetaling van bepaalde dieet- en podologieverstrekingen op voorschrift van de huisarts.

De nieuwe diabetesovereenkomst zal in werking treden op 1 juli 2016. Daarin wordt een verschil gemaakt tussen diabetes type 1 en type 2. De overeenkomst definieert de doelgroepen ook anders dan de huidige overeenkomst.

Voor de diabetici met type 1 is in een volledige terugbetaling voorzien indien zij gebruik willen maken van nieuwe meettechnologieën. De patiënten zullen de keuze hebben tussen het gebruik van de klassieke en de nieuwe methode, waarbij er veel minder wordt geprikt. Dat kan om patches gaan, maar ook om pompjes, die tegelijkertijd meten en weten hoeveel zij moeten inspuiten. Er is ook voorzien in de mogelijkheid van een flexibele overgang van de ene methode naar de andere.

De type 2-diabetici zullen in aanmerking komen voor de nieuwe meettechnologieën. Ze zullen de meerkost ervan gedeeltelijk zelf moeten betalen. De prijzen in de nieuwe overeenkomst houden rekening met de kostprijs van het materiaal en van de nodige diabeteseducatie. Het omgaan met het nieuwe materiaal wordt immers aangeleerd. Het aantal glycemiestrookjes dat de verschillende patiëntengroepen nodig hebben, wordt opnieuw vastgelegd. Er is geen verplichte registratie van personen met de diagnose 'diabetes', tenzij voor de opvolging van een patiënt met diabetes type 2 voortraject, het zorgtraject diabetes type 2 en de diabetesconventie.

Voor het onderzoek zijn de WIV-gezondheidsenquêtes van belang, alsook de vergelijkende studies van diabetesprevalentie in de KULeuven, Intego en de Huisartenspeilpraktijken, en de monitoring van zorgkwaliteit en epidemiologische studies van patiënten met

03.03 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Dans notre pays, un demi-million de personnes ont un diabète de type 2. Le nouveau modèle de soins pour ces patients, baptisé pré-trajet, est entré en vigueur le 1^{er} février 2016. La finalité de ce modèle est d'assurer un meilleur suivi de ces malades depuis le diagnostic jusqu'à leur insertion dans un trajet de soins ou jusqu'à une convention. Nous intervenons donc plus tôt de sorte que ces patients ont par exemple le droit de se faire rembourser certaines prestations prescrites par le médecin généraliste dans deux domaines: le régime alimentaire et la podologie.

La nouvelle convention diabète entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2016. Une distinction y sera établie entre les diabètes de type 1 et de type 2. Cette convention proposera en outre une autre définition des groupes cibles que la convention en vigueur actuellement.

Pour les diabètes de type 1, un remboursement intégral sera prévu s'ils souhaitent faire usage de nouvelles technologies de mesure. Les patients pourront choisir entre utiliser la méthode classique ou utiliser la nouvelle méthode qui implique une réduction très nette du nombre de piqûres car celles-ci seront supplantées par des patches ou des pompes à insuline intelligentes capables non seulement de procéder aux mesures requises mais aussi de déterminer la quantité à injecter. La possibilité d'une transition en souplesse d'une méthode à l'autre sera également prévue.

Les patients souffrant d'un diabète de type 2 pourront bénéficier des innovations technologiques en matière de mesure. Ils devront en assumer personnellement une partie du surcoût. Les tarifs de la nouvelle convention tiennent compte du coût du matériel et de la nécessaire éducation au diabète. L'utilisation du nouveau matériel sera en effet enseignée aux patients. Le nombre de bandelettes de tests de glycémie nécessaires aux différents groupes de patients sera réexaminé. L'enregistrement des personnes diagnostiquées diabétiques n'est pas obligatoire, sauf en ce qui concerne le suivi d'un patient atteint de diabète de type 2 pré-trajet, le trajet de soins pour le diabète de type 2 et la convention "diabète".

La recherche tire profit des enquêtes de santé de l'ISSP ainsi que des études comparatives de prévalence du diabète auxquelles se livrent la KULeuven, Intego et les systèmes de médecins vigiles, ainsi que du monitoring de la qualité des soins et des études épidémiologiques portant sur

diabetes in een specifieke zorgsetting, zoals de conventies en de zorgtrajecten.

De meest betrouwbare bron om het aantal diabetespatiënten in België te kennen is Pharmanet. De registratie is verplicht. In 2014 kregen 549.065 patiënten medicatie. Aangezien er patiënten zijn die geen medicatie krijgen, ligt het aantal waarschijnlijk hoger. De gegevens van Pharmanet laten niet toe een onderscheid te maken tussen type 1 en 2.

Er zijn immers mensen waarbij de diagnose nog niet is vastgesteld.

Het actieplan e-gezondheid 2015-2018 voorziet in het opstellen van een nationaal diabetesregister, zodat het aantal diabetespatiënten precies gekend zal zijn. Bij het RIZIV moet een werkgroep van het verzekeringscomité de multidisciplinaire initiatieven voor chronische zorg in de eerste lijn ontwikkelen, die transversaal over de verschillende zorgsectoren lopen. Patiënten met type 2 hebben daar het meest baat bij. Deze initiatieven zijn complementair met het plan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

Daarnaast bestaat het protocolakkoord van 21 maart 2016 over preventie, dat bijzondere aandacht besteedt aan het belang van gezonde voeding. We bekijken daar bijvoorbeeld ook de dranken met een te hoog suikergehalte.

Diabetes is een chronische ziekte. De patiënt moet zijn hele verdere leven behandeld worden en daarvoor bestaan er verschillende medicijnen, zodat artsen een individuele behandeling voor de patiënt kunnen ontwikkelen, zo doeltreffend mogelijk en met zo weinig mogelijk nevenwerkingen. Het onder controle houden van de ziekte, leidt tot een betere levenskwaliteit voor de patiënt.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen heeft vorig jaar de vergoedingsvoorwaarden voor de gliptines herzien en momenteel gebeurt hetzelfde voor de incretinemimetica of GLP-1-analogen.

Er gebeurt dus veel rond diabetes. Er is eigenlijk al een redelijk coherent beleid, maar dat kan nog verbeteren. We moeten blijven evalueren. De laatste tijd zijn er veel wijzigingen in de behandelingsmethodes, vooral voor kinderen. Hoe

les patients diabétiques qui sont réalisées dans un lieu de soins spécialisé, tel qu'une convention ou un trajet de soins.

La source la plus fiable pour connaître le nombre de patients diabétiques en Belgique est Pharmanet. Leur enregistrement est en effet obligatoire. En 2014, 549 065 patients ont pris des médicaments contre le diabète. Etant donné que certains patients ne prennent pas de médicaments, leur nombre est probablement plus élevé. Les données de Pharmanet ne permettent pas de distinguer le diabète de type 1 du diabète de type 2.

Le diagnostic n'a en effet pas encore été établi pour certaines personnes.

Le plan d'action e-Santé 2015-2018 prévoit la mise en place d'un Registre national du diabète en vue de connaître précisément le nombre de patients diabétiques. À l'INAMI, un groupe de travail du Comité de l'assurance est chargé de développer les initiatives multidisciplinaires pour les soins chroniques de première ligne. Ces initiatives seront transversales et concerneront l'ensemble des secteurs de soins. Les patients atteints d'un diabète de type 2 seront les grands bénéficiaires de ces mesures. Ces initiatives sont complémentaires au plan de soins intégrés pour les malades chroniques.

À ces mesures s'ajoute le protocole d'accord du 21 mars 2016 sur la prévention, qui est particulièrement axé sur l'importance d'une alimentation saine. Nous nous y intéressons par exemple aux boissons ayant une teneur trop importante en sucres.

Le diabète est une maladie chronique qui nécessite un traitement à vie. Divers médicaments peuvent être utilisés à cet effet, de sorte que les médecins ont la possibilité de développer un traitement individualisé pour leur patient en visant un maximum d'efficacité pour un minimum d'effets secondaires. En maîtrisant la maladie, il est possible d'offrir une meilleure qualité de vie au patient.

La Commission de Remboursement des Médicaments a revu l'an dernier les conditions de remboursement des gliptines et fait actuellement de même pour les incretinomimétiques ou analogues du GLP-1.

De nombreuses démarches sont donc entreprises autour du diabète. En réalité, la politique actuelle est déjà relativement cohérente, mais elle peut encore être améliorée. Nous devons poursuivre son évaluation. Ces derniers temps, les méthodes de

minder er moet worden geprikt, hoe hoger de levenskwaliteit. Daarom precies hebben we de middelen opgesplitst. Type 1 betreft immers een kleinere groep, waarvoor de behandeling duurder is. Voor type 2 gaat het meer over medicatie, opvolging en begeleiding.

03.04 Els Van Hoof (CD&V): Als de WHO vraagt om een nationaal plan te maken, betekent dit dat wij daaraan vandaag nog niet voldoen. Volstaat de gecoördineerde visie op het niveau van het RIZIV en de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen voor de WHO om als 'nationaal plan' te dienen?

03.05 Minister Maggie De Block (Nederlands): Ik zal het navragen.

03.06 Yoleen Van Camp (N-VA): Inzake het pretraject heb ik begrepen dat de terugbetalingen alleen diëtisten en podologen omvatten. Het is wel raar dat de diabeteseducator in dat vroege stadium nog niet gevat is.

Inzake de WIV-registratie zullen wij eindelijk grote vooruitgang boeken. In Nederland is er het CBS, het Centraal Bureau voor Statistiek, waar online alle data over de Nederlanders teruggevonden kunnen worden. Ik hoop dat wij in dezelfde richting evolueren.

03.07 Minister Maggie De Block (Nederlands): De diabeteseducator is pas van toepassing binnen de conventie. Nu zijn er wel al de diëtisten en de multidisciplinaire samenwerking.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's ten gevolge van de blootstelling van de bevolking aan de magneetvelden van elektrische installaties" (nr. 10753)

04.01 Véronique Caprasse (DéFI): Het aanbrengen van hoogspanningskabels op het grondgebied van een gemeente leidt steevast tot ongerustheid bij de omwonenden, die vrezen dat de blootstelling aan elektromagnetische straling hun gezondheid zal schaden.

Elia heeft in Schaarbeek een ondergrondse kabel en verbindingskamers geplaatst. Bij wijze van

traitement ont fait l'objet de nombreuses modifications, surtout pour les enfants. Moins il faut faire de piqûres, plus on améliore la qualité de vie des patients. C'est précisément pour cette raison que nous avons scindé les moyens. En effet, le diabète de type 1 concerne moins de personnes et son traitement est plus coûteux. Pour le diabète de type 2, il s'agit surtout de médicaments, de suivi et d'accompagnement.

03.04 Els Van Hoof (CD&V): Si l'OMS demande d'établir un plan national, cela signifie qu'il n'existe pas encore à ce jour. À titre de "plan national", l'OMS pourrait-elle se satisfaire de la vision coordonnée à l'échelon de l'INAMI et de la Commission de Remboursement des Médicaments?

03.05 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Je m'informerai.

03.06 Yoleen Van Camp (N-VA): Si j'ai bien compris, en ce qui concerne le pré-trajet, seules les consultations de diététiciens et de podologues sont remboursées. Il est toutefois étrange que l'éducateur en diabétologie n'intervienne pas encore à ce stade précoce.

Nous allons enfin réaliser d'énormes progrès dans l'enregistrement ISSP. Aux Pays-Bas, le Bureau central des statistiques donne un accès en ligne à toutes les données concernant les ressortissants néerlandais. J'espère que nous suivrons cet exemple.

03.07 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): L'éducateur en diabétologie n'intervient que dans le cadre de la convention. Nous avons déjà les diététiciens et la coopération multidisciplinaire.

L'incident est clos.

04 Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques pour la santé à la suite de l'exposition de la population aux champs magnétiques émanant des installations électriques" (n° 10753)

04.01 Véronique Caprasse (DéFI): La pose de câbles à haute tension sur un territoire communal pose invariablement question pour de nombreux riverains qui craignent qu'une exposition à un rayonnement électromagnétique nuise à leur santé.

La société Elia a placé un câble en sous-sol et des chambres de connexion à Schaarbeek. Par

voorzorgsmaatregel heeft de gemeente de werkzaamheden op een van de sites opgeschort, omdat het niet duidelijk was dat de gemiddelde waarde van 0,4 µT die door de Hoge Gezondheidsraad wordt aanbevolen, niet zou worden overschreden.

Onder meer de blootstelling aan magnetische velden met een frequentie van 50 Hz zou ten grondslag liggen aan minder dan 1 tot 4 procent van de gevallen van leukemie bij kinderen in geïndustrialiseerde landen.

Wordt of werd dat probleem bestudeerd door de gezondheidsdiensten? Bestaan er precieze aanbevelingen met betrekking tot de potentiële gezondheidsrisico's voor de bevolking? Zal dat dossier samen met de minister van Energie worden bestudeerd?

04.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Binnen de perken van de federale bevoegdheden volgen mijn diensten het wetenschappelijk onderzoek naar de invloed van elektromagnetische velden op de gezondheid op.

Niets bewijst momenteel dat een langdurige blootstelling aan dergelijke elektromagnetische velden bij kinderen leukemie kan doen ontstaan. De WGO heeft haar standpunt niet herzien sinds de publicatie in 2007 van de monografie over de eventuele gevolgen voor de gezondheid van zeer laagfrequente elektrische en magnetische velden. We moeten de normgrenswaarden niet verminderen, wel voorzichtigheidsstrategieën toepassen.

De uitwerking van dergelijke strategieën behoort tot de bevoegdheid van de Gewesten en de minister van Energie. We volgen dit aandachtig op, maar het is wachten op doorslaggevend wetenschappelijk bewijs.

Het incident is gesloten.

05 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opwaardering van de thuisverpleegkunde" (nr. 10900)**

05.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Andermaal zou ik willen terugkomen op de problematiek van de thuisverpleging, aan de hand van enkele voorbeelden. Voor het spoelen van een heparineslot bij een portkatheter krijgt een thuisverpleegkundige 4,5 euro. Het forfait voor dezelfde handeling in een dagziekenhuis bedraagt 30 euro. Voor vaccinatie – injectie en observatie van 15 minuten – bedraagt

précaution, la commune a suspendu les travaux d'un des chantiers, n'ayant pas l'assurance que la valeur moyenne de 0,4 microtesla, recommandée par le Conseil Supérieur de la Santé, ne serait pas dépassée.

Notons qu'il a été estimé que l'exposition aux champs magnétiques 50 Hz serait entre autres responsable de moins de 1 % à 4 % des cas de leucémie infantile dans les pays industrialisés.

Cette problématique fait-elle ou a-t-elle fait l'objet d'une étude par les services de santé? Existe-t-il des recommandations précises en termes de risques potentiels pour la population? Ce dossier sera-t-il étudié avec la ministre de l'Énergie?

04.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Mes services suivent les recherches scientifiques sur l'influence du champ électromagnétique sur la santé, dans les limites des compétences fédérales.

Rien ne prouve actuellement qu'une exposition de longue durée à ce type de champ électromagnétique puisse causer une leucémie infantile. L'OMS n'a pas revu sa position depuis la monographie de 2007 sur les effets éventuels sur la santé d'une exposition à des champs électriques et magnétiques de très basse fréquence. Il ne faut pas réduire les valeurs limites des normes mais recourir à des stratégies de prudence.

La mise au point de ces stratégies relève des Régions ainsi que des compétences de la ministre de l'Énergie. Nous y sommes attentifs mais ne pouvons qu'attendre des résultats scientifiques probants.

L'incident est clos.

05 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la revalorisation des soins infirmiers à domicile" (n° 10900)**

05.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Je voudrais une fois encore, en m'aidant de quelques exemples, revenir sur la question des soins à domicile. Pour rincer une canule héparinée reliée à un cathéter port, l'infirmier à domicile touche 4,5 euros. Le forfait pour le même acte effectué en hôpital de jour s'élève à 30 euros. Pour la vaccination – injection suivie d'une observation de 15 minutes –, les

het honorarium in de thuisverpleging ook maar 4,5 euro.

De minister wil besparen in de ziekenhuissector en meer inzetten op ambulante zorg. Hoever staat zij met haar plannen? Worden behandelingen zoals het intraveneus toedienen van antibiotica, het toedienen van parentale voeding, chemo en dialyse ondertussen vaker thuis verricht? Zijn de verschillen in vergoeding die ik heb aangehaald, aanvaardbaar? Zijn de aangekondigde proefprojecten al opgestart?

05.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Er vond al een eerste reeks proefprojecten plaats rond bevallen met een kort ziekenhuisverblijf. Deze of volgende maand wordt opnieuw een projectoproep gelanceerd voor proefprojecten in het kader van de thuishospitalisatie. Die projecten zullen twee varianten kennen: het ene project behelst de intraveneuze toediening van antibiotica, het andere gaat over andere toedieningen, zoals intraveneuze chemotherapie of parentale voeding.

Aangezien de proefprojecten passen in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, moeten de voorstellen betrekking hebben op thuiszorg die ervoor zorgt dat ziekenhuisverblijven kunnen worden ingekort of vermeden. Minstens één ziekenhuis moet als partner betrokken zijn bij het project. Projecten kunnen worden ingediend tot 15 augustus. De projecten zullen twee tot maximaal drie jaar lopen en worden tussentijds geëvalueerd. Wij hopen dat ze voldoende informatie zullen opleveren om te weten of een implementatie op grotere schaal mogelijk is.

Het is niet de bedoeling om de thuisverpleging in te zetten voor de spoeling van een poortkatheter als de patiënt in staat is zelf naar de dokter te gaan, maar wel als patiënten thuis moeten worden behandeld omdat een verplaatsing of verblijf in een ziekenhuis voor hen niet aangewezen is. Een thuisverpleegkundige die een patiënt reeds opvolgt, moet ook poortkatheters kunnen spoelen of een griepvaccin kunnen toedienen. De bedragen daarvoor kan de verpleegkundige dan extra aanrekenen, boven op de prestaties die al worden uitgevoerd.

De verschillende zorgactoren, ook de ziekenhuizen, werden uitgenodigd en ingelicht. Dat wil niet zeggen dat ze verplicht worden om te participeren, maar de meeste doen het wel. Het is een groot succes. Sommige ziekenhuizen willen echter om financiële

honoraires perçus par les infirmiers ne sont également que de 4,5 euros.

La volonté de la ministre est de réaliser des économies dans le secteur hospitalier et de mettre davantage l'accent sur les soins ambulatoires. Où en sont ses projets? Des traitements tels que l'administration d'antibiotiques en intraveineuse, la nutrition parentérale, la chimiothérapie et la dialyse sont-ils aujourd'hui plus fréquents à domicile? Trouvez-vous acceptables les différences de rémunération que je viens de citer? Les projets pilotes annoncés ont-ils déjà été lancés?

05.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Une première série de projets pilotes a déjà été réalisée autour du thème de l'accouchement avec retour précoce à domicile. Un nouvel appel à projets sera lancé ce mois-ci ou le mois prochain pour la réalisation de projets pilotes dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Ces projets présenteront deux variantes: la première concernera l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse; la seconde concernera d'autres types d'administrations, telles que la chimiothérapie par voie intraveineuse ou l'alimentation parentérale.

Étant donné que les projets pilotes s'inscrivent dans la réforme du financement des établissements hospitaliers, les propositions doivent porter sur les soins à domicile car ils permettent d'écourter voire d'éviter les hospitalisations. Un hôpital au moins doit être associé au projet. Les projets peuvent être introduits jusqu'au 15 août. Ils s'étaleront sur deux ans et au maximum sur trois ans et feront l'objet d'une évaluation intermédiaire. Nous espérons qu'ils permettront de collecter suffisamment d'informations pour déterminer s'ils peuvent être mis en œuvre à grande échelle.

Notre objectif n'est pas de recourir aux soins infirmiers à domicile pour le rinçage d'un cathéter port si le patient est en état de se rendre chez le médecin, mais lorsque les patients doivent être traités à domicile parce qu'un déplacement ou un séjour à l'hôpital ne s'indique pas dans leur cas. Un infirmier à domicile qui suit déjà un patient doit également pouvoir rincer des cathéters port ou administrer un vaccin contre la grippe. Les montants correspondant à ces actes peuvent être portés en compte comme supplément, en sus des prestations déjà effectuées.

Les différents acteurs de soins, en ce compris les hôpitaux, ont été invités et informés. Cela ne signifie nullement qu'ils seront contraints de participer mais la plupart le font malgré tout. L'initiative est un grand succès. Pour des raisons financières, certains

redenen niet meewerken aan de proefprojecten omdat veel behandelingen dan extra muros zullen gebeuren. Ik betreur dat. Als de proefprojecten goed uitdraaien en het systeem overall wordt geïmplementeerd, zullen ze geen keuze meer hebben.

05.03 Yoleen Van Camp (N-VA): In het kader van de opwaardering van de thuisverpleging lijkt het mij geen slechte zaak om het loon voor de prestaties op te trekken.

05.04 Minister Maggie De Block (Nederlands): Voor de moeder-kindtrajecten zijn de vergoedingen voor de zorg en de vroedvrouwen gevoelig opgetrokken. De voorbije tien jaar wordt elk jaar 7 procent meer geïnvesteerd in de thuisverpleging. De inspanningen die wij doen zijn groter dan de groei van 1 procent waarmee ik moet werken en die de N-VA trouwens nog wil afremmen. Als de ene sector 7 procent groeit, moet ik dat geld elders besparen. Het is een moeilijke evenwichtsoefening.

05.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Er kan heel veel worden bespaard in de gezondheidszorg als de verspilling wordt aangepakt. Het gaat er niet over lineair de budgetten te verlagen. Thuisverzorging is eerstelijnszorg, die moet voor de N-VA veel aandacht krijgen. Bovendien gaat het inzake de opwaardering van de thuiszorg over een verschuiving: prestaties die thuis worden geleverd, moeten niet meer in een ziekenhuis plaatsvinden.

05.06 Minister Maggie De Block (Nederlands): Er is slechts één lineaire besparing gebeurd, bij de nefrologie in de ziekenhuizen. Voor de rest gaat het over reallocaties van budgetten. Het is een hele uitdaging. Het is niet zo eenvoudig als juffrouw Van Camp doet uitschijnen.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kinderthuiszorg" (nr. 10903)

06.01 Yoleen Van Camp (N-VA): In ziekenhuizen worden kinderen altijd verzorgd door kinderverpleegkundigen, maar in de thuiszorg is dat niet het geval. Ons land heeft in 1988 het EACH

hospitaux ne souhaitent toutefois pas participer à ces projets pilotes parce que de nombreux traitements seront effectués extra muros. Je le regrette. Si les projets pilotes se révèlent positifs et que le système est mis en œuvre partout, ils n'auront plus le choix.

05.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dans le cadre de la revalorisation des soins infirmiers à domicile, une augmentation de la rémunération des prestations ne me semble pas une mauvaise chose.

05.04 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Pour ce qui est des trajets mère-enfant, les indemnités octroyées pour les soins et les sages-femmes ont sensiblement augmenté. Le taux annuel de croissance des moyens investis dans les services de soins à domicile ces dix dernières années se monte à 7 %. Les efforts que nous déployons sont supérieurs à la croissance de 1 % que je m'efforce d'atteindre, et que la N-VA s'emploie par ailleurs à freiner. Si un secteur connaît une croissance de 7 %, les économies devront être réalisées autre part. Il s'agit d'un exercice d'équilibre difficile.

05.05 Yoleen Van Camp (N-VA): D'importantes économies peuvent être réalisées au niveau des soins de santé si l'on s'attaque au problème du gaspillage. Il n'est pas question de réduire les budgets de manière linéaire. Les soins à domicile font partie des soins de première ligne, qui sont très importants aux yeux de la N-VA. De surcroît, il est question d'un simple glissement des dépenses en ce qui concerne la revalorisation des soins à domicile dans la mesure où les prestations effectuées à domicile ne doivent plus être effectuées en milieu hospitalier.

05.06 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Une seule économie linéaire a été réalisée, à savoir dans le secteur de la néphrologie au sein des hôpitaux. Pour le reste, il est question de réallocation de budgets. Il s'agit d'un fameux défi, et les choses ne sont pas aussi simples que mademoiselle Van Camp le laisse entendre.

L'incident est clos.

06 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins pédiatriques à domicile" (n° 10903)

06.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Dans les hôpitaux, les soins aux enfants sont toujours dispensés par des infirmiers pédiatriques mais ce n'est pas le cas dans le cadre des soins à domicile.

Charter ondertekend. In artikel 8 van dat charter staat dat kinderen moeten verzorgd worden door medisch, verpleegkundig en ander personeel dat speciaal voor de zorg aan kinderen is opgeleid. In de thuiszorg wordt dit artikel niet nageleefd. In Nederland is het wel wettelijk verplicht dat ernstig zieke kinderen die thuis verpleegd worden, door een kinderverpleegkundige worden verpleegd.

Waarom is de regelgeving inzake kindzorg in de ziekenhuizen en de thuiszorgsector verschillend? Zal de minister dat wijzigen? Zal ze het Nederlandse voorbeeld volgen?

06.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): In de ziekenhuizen zijn er op de diensten spoedgevallen, oncologie en pediatrie inderdaad minimale vereisten in de specialisatie door de verpleegkundigen.

De normen voor personeelsomkadering in de ziekenhuizen zijn na de zesde staatshervorming een bevoegdheid van de deelstaten geworden.

In de thuisverpleging zijn dergelijke normen niet van toepassing. Er kan in de overeenkomstencommissie Thuisverpleging een voorstel worden gedaan om de nomenclatuur te koppelen aan een specialisatiegraad. Wij streven naar een kwalitatieve zorg met sterk opgeleid personeel, maar dit moet ook organisatorisch haalbaar zijn. Wij kunnen enkel aanmoedigen dat er gespecialiseerde verpleegkundigen in de pediatrie in de thuiszorg werken, maar we kunnen dat niet opleggen. Er zijn momenteel geen plannen om het Nederlandse voorbeeld te volgen.

06.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Het is mij niet duidelijk waarom we dit niet kunnen opleggen. Ik zal een voorstel doen aan de overeenkomstencommissie.

06.04 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Het zijn de beroepsorganisaties die voorstellen kunnen doen.

Het incident is gesloten.

07 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een taaltest voor tandartsen" (nr. 10906)**

La Belgique a signé en 1988 la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé, laquelle stipule dans son article 8 que les enfants doivent être soignés par du personnel médical, infirmier et autre ayant une formation pédiatrique spécifique. Cette disposition n'est pas respectée dans les soins à domicile. Aux Pays-Bas, la loi prescrit que les enfants gravement malades et soignés à domicile doivent l'être par un infirmier pédiatrique.

Pourquoi cette réglementation différente entre hôpitaux et soins à domicile en matière de soins pédiatriques? La ministre entend-elle procéder à des changements? Va-t-elle suivre l'exemple néerlandais?

06.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Des critères minimaux sont en effet fixés pour les spécialités infirmières dans les services d'urgence, d'oncologie et de pédiatrie des hôpitaux.

Depuis la sixième réforme de l'État, la fixation des normes d'encadrement du personnel dans les hôpitaux relève des attributions des entités fédérées.

Ces normes ne s'appliquent pas aux soins à domicile. La commission des conventions relatives aux soins à domicile pourrait formuler une proposition visant à relier la nomenclature à un degré de spécialisation. Nous nous efforçons d'assurer la qualité des soins en recourant à du personnel très qualifié, mais cela doit rester faisable, y compris sur le plan organisationnel. Nous ne pouvons qu'encourager l'intégration d'infirmiers spécialisés en pédiatrie dans les soins à domicile mais nous ne pouvons les y contraindre. La réforme ne prévoit pas actuellement de suivre l'exemple des Pays-Bas.

06.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Je ne comprends pas très bien pourquoi il ne nous est pas possible d'imposer une telle mesure. Je ferai une proposition dans ce sens à la commission des conventions.

06.04 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Ce sont les organisations professionnelles qui sont habilitées à formuler des propositions.

L'incident est clos.

07 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un examen linguistique pour les dentistes" (n° 10906)**

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Een groot aantal buitenlandse tandartsen vestigt zich hier. Een tijd geleden zei de minister dat er een reflectie bezig was over de taalvoorwaarden voor gezondheidsbeoefenaars en over een eventuele taaltest.

Hoe staat het daarmee? Plant de minister een taaltest zoals in Nederland?

07.02 Minister Maggie De Block (*Nederlands*): Mijn diensten werken verder aan de omzetting van de Europese richtlijn uit 2013 met betrekking tot de gezondheidsberoepen, die de richtlijn van 2005 wijzigt. Ik verwacht de publicatie over een aantal weken.

De bedoeling van de richtlijn is de mobiliteit van gezondheidsbeoefenaars te vergemakkelijken, maar ook om de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Daarom moeten de betrokkenen de talenkennis hebben die vereist is voor de uitoefening van hun beroep. De richtlijn voorziet in de mogelijkheid om relevante talenkenniscontroles op te leggen.

Alleen de kennis van één landstaal kan het voorwerp uitmaken van de controle, los van de vestigingsplaats van de zorgverstreker. Ook in de wet op de patiëntenrechten staat dat de patiënt recht heeft op duidelijke communicatie en dat kan uiteraard alleen als de zorgverstreker de taal van de patiënt machtig is. Een patiënt kan natuurlijk ook van zorgverstreker veranderen als hij vindt dat er een taalbarrière is.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Het is ingewikkeld met drie landstalen, maar naar de keuzevrijheid van de patiënt verwijzen is wel heel gemakkelijk. Er zijn acute situaties en men kan er ook niet altijd van uitgaan dat een patiënt zelf begrijpt dat de informatie die hij krijgt niet volstaat.

07.04 Minister Maggie De Block (*Nederlands*): Ik zeg niet dat ik niets zal ondernemen, ik zeg alleen dat het ingewikkeld is.

De **voorzitter**: Is het uw bedoeling de bepalingen vóór het reces te laten goedkeuren?

07.05 Minister Maggie De Block (*Frans*): Ja.

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Un grand nombre de dentistes étrangers s'établissent dans notre pays. Il y a quelque temps, la ministre a déclaré qu'une réflexion était en cours concernant les conditions linguistiques à imposer aux prestataires de soins et l'élaboration d'un éventuel test linguistique.

Qu'en est-il? La ministre prévoit-elle un test linguistique comparable à celui organisé aux Pays-Bas?

07.02 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): Mes services poursuivent la transposition de la directive européenne de 2013 relative aux professionnels de la santé, qui modifie la directive de 2005. Je prévois la publication de cet arrêté pour dans quelques semaines.

L'objectif poursuivi par cette directive consiste à faciliter la mobilité des professionnels de la santé tout en garantissant la sécurité du patient. Les intéressés devront dès lors disposer des aptitudes linguistiques requises par l'exercice de leur profession. La directive prévoit la possibilité d'imposer des tests pertinents visant à sonder les connaissances linguistiques des professionnels concernés.

Indépendamment du lieu d'établissement du prestataire de soins, le contrôle est limité à la connaissance de l'une des langues nationales. La loi relative aux droits des patients stipule également que le patient a droit à une communication dans une langue claire, ce qui suppose évidemment que le prestataire de soins maîtrise la langue du patient. Le patient peut évidemment changer de prestataire de soins s'il considère qu'il y a une barrière linguistique.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Certes, l'existence de trois langues nationales complique la situation, mais il est trop facile de renvoyer à la liberté de choix du patient. Il y a des situations de crise et l'on ne peut pas toujours considérer que le patient est en mesure de comprendre que les informations qui lui sont fournies sont insuffisantes.

07.04 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): Je ne dis pas que je ne ferai rien, je dis simplement que la situation est compliquée.

La **présidente**: Votre objectif est-il de faire passer les dispositions avant les vacances?

07.05 Maggie De Block, ministre (*en français*): Oui.

De **voorzitter**: Wij zullen dus de gelegenheid hebben een en ander opnieuw te bespreken.

La **présidente**: Nous pourrions donc en rediscuter.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "profielcommissies" (nr. 10909)

08 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les commissions de profils" (n° 10909)

08.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Is het doel van de cel Doelmatige Zorg de opportuniteit van behandelingen te evalueren en zorgverstrekkers te sensibiliseren om meer volgens *evidence-based medicine* (EBM) te werken, of de fraudebestrijding en controle van zorgverstrekkers? Of beide? De controle en fraudebestrijding zouden in 2016 geïntensifieerd worden door een hervorming van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) en de antifraudecommissie. Om welke hervorming gaat het precies? Hoe wordt er geïntensifieerd? Worden daar extra middelen en/of personeel voor uitgetrokken?

08.01 Yoleen Van Camp (N-VA): L'objectif de la cellule "Soins efficaces" est-il d'évaluer l'opportunité des traitements et de sensibiliser le personnel soignant à utiliser davantage l'approche de *evidence-based medicine* ou est-il de lutter contre la fraude et de contrôler les prestataires de soins? Ou bien les deux? Le contrôle et la lutte contre la fraude seraient intensifiés en 2016 par une réforme du Service d'évaluation et de contrôles médicaux (SECM) et de la Commission anti-fraude. Sur quoi portent exactement ces réformes? Comment cette intensification se fera-t-elle? Des moyens ou des membres du personnel supplémentaires seront-ils dégagés à cet effet?

08.02 Minister Maggie De Block (*Nederlands*): De oprichting van de cel Doelmatige Zorg binnen het RIZIV is opgenomen in artikel 35 van de bestuursovereenkomst 2016-2018 tussen het RIZIV en de federale Staat. De actieverbintenissen zijn het opstellen van een plan van aanpak en de organisatie van de cel, het oprichten van een samenwerkingsplatform met alle gezondheidssectoren en het opstellen van een actieplan inzake doelmatige zorg.

08.02 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): La création de la cellule "Soins efficaces" au sein de l'INAMI est prévue à l'article 35 du contrat d'administration 2016-2018 entre l'INAMI et l'État fédéral. Les actions auxquelles elle s'engage sont la confection d'un plan d'approche et l'organisation de la cellule, la mise en place d'une plateforme de coopération réunissant l'ensemble des secteurs de soins de santé et la confection d'un plan d'action en matière de soins efficaces.

Op 9 februari 2016 heb ik de voorzitters van de algemene raad en het verzekeringscomité van het RIZIV schriftelijk gevraagd om binnen de algemene raad een taskforce op te richten die als doel heeft de momenteel vastgestelde overschrijding van de initiële begroting gezondheidszorg 2016 te remediëren. De taskforce werd gevraagd begin juni 2016 een lijst van maatregelen voor te leggen om de initieel toegekende begrotingsenveloppe te kunnen handhaven. Zowel doelmatige zorg als fraudebestrijding zijn opgenomen in de werkzaamheden van de taskforce. Hoewel er duidelijk links zijn tussen de aanpak van doelmatige zorg en fraude zijn het twee verschillende domeinen, die elk andere technieken vragen.

Le 9 février 2016, j'ai adressé un courrier écrit aux présidents du conseil général et du comité de l'assurance de l'INAMI pour leur demander de mettre sur pied au sein du conseil général une *task force* ayant pour but de remédier au dépassement, constaté actuellement, du budget initial soins de santé 2016. Il a été demandé à la *task force* de présenter début juin 2016 une liste de mesures permettant de rester dans les limites de l'enveloppe budgétaire initialement octroyée. La *task force* a été chargée de la question des soins efficaces et de la lutte contre la fraude. Même si l'approche des soins efficaces et la lutte contre la fraude sont deux domaines distincts qui requièrent chacun des techniques différentes, il existe entre les deux des liens évidents.

Het bevorderen van de doelmatigheid gebeurt via een wetenschappelijke approach en de aanpak van fraude via het installeren van controletechnieken.

L'efficacité sera améliorée grâce à une approche scientifique et la lutte contre la fraude passera par la mise en place de techniques de contrôle.

De cel zal haar activiteiten focussen op het

La cellule s'attellera à promouvoir un usage

bevorderen van het rationeel gebruik van de middelen in de gezondheidszorg. Het doel blijft EBM binnen de diverse disciplines van de gezondheidszorg te accentueren.

De taskforce zal op termijn eveneens een actieplan ontwikkelen voor fraudebestrijding in de gezondheidszorg. Het zal gaan om een aantal preventieve maatregelen die fraude bemoedigen of de bestrijding ervan faciliteren en om het ontwikkelen van een methodiek die bestaande en nieuwe reglementering evalueert op het vlak van fraudegevoeligheid. Er komt ook een analyse van de huidige instrumenten in de fraudebestrijding, naast de eventuele bijsturing ervan en de ontwikkeling van nieuwe instrumenten om de effectiviteit te verhogen.

Binnen de werkzaamheden van de taskforce is reeds een aantal prioritaire actiepunten inzake fraudebestrijding opgesteld, zoals het aanpakken van vastgestelde misbruiken bij de derdebetalersregeling en een betere controle van de *outliers* in alle disciplines. Ook bij andere actoren moeten instrumenten voor fraudebestrijding ontwikkeld worden.

Er zijn trouwens ook kritische succesfactoren, zoals de beschikbaarheid van recente facturatiegegevens in de gezondheidszorg en een vlotte gegevensuitwisseling en samenwerking tussen het RIZIV en de ziekenfondsen. Daar zijn we ook voor de nodige samenwerking aan het zorgen.

De beschikbare capaciteit is eveneens van groot belang. Een succesvolle strategie gaat gepaard met het inzetten van de nodige mensen en analysecapaciteit, zowel bij de ziekenfondsen als bij het RIZIV. De taskforce neemt het element 'beschikbare capaciteit' dan ook mee in zijn werkzaamheden en in de uitwerking van het actieplan.

De krachten en de gegevens zijn gebundeld in de taskforce. Het is voor het eerst dat alle actoren het erover eens zijn dat fraude moet worden voorkomen waar mogelijk en dat fraude moet worden aangepakt en bestraft als zij toch voorkomt.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van gedetineerden met psychische problemen" (nr. 10915)

09.01 Daniel Senesael (PS): Het Europees

rationnel des moyens dans le secteur des soins de santé. L'objectif reste d'accroître le recours à la médecine fondée sur les faits dans les différentes disciplines du secteur des soins de santé.

À terme, la *task force* mettra également au point un plan de lutte contre la fraude dans les soins de santé. Il s'agira d'un certain nombre de mesures préventives visant à enrayer la fraude ou à faciliter la lutte contre cette dernière et de la création d'une méthode d'évaluation de la réglementation actuelle et future en matière de vulnérabilité à la fraude. Il sera également procédé à l'analyse des instruments actuels de lutte contre la fraude, à leur éventuelle modification et à l'élaboration de nouveaux instruments pour plus d'efficacité.

Un certain nombre de points d'action prioritaires en matière de lutte contre la fraude ont déjà été listés au rang des activités de la *task force*, comme la lutte contre les abus constatés dans le régime du tiers payant et un meilleur contrôle des *outliers* dans toutes les disciplines. Il convient également d'élaborer des instruments de lutte contre la fraude chez d'autres acteurs.

Il existe par ailleurs des facteurs de réussite critiques, tels que la disponibilité des données récentes de facturation dans le secteur des soins de santé et l'échange efficace de données ainsi que la bonne coopération entre l'INAMI et les mutualités. Nous veillons également à permettre les coopérations requises en ce sens.

La capacité disponible est aussi d'une importance capitale. Une stratégie réussie va de pair avec le déploiement des personnes et de la capacité d'analyse nécessaires, tant auprès des mutualités que de l'INAMI. La *task force* tiendra donc compte de l'aspect "capacité disponible" dans ses activités et lors de l'élaboration du plan d'action.

La *task force* concentre les forces et les données. C'est la première fois que tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de prévenir la fraude chaque fois que c'est possible et de s'y attaquer et de la sanctionner si malgré tout elle se manifeste.

L'incident est clos.

09 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation des détenus atteints de troubles psychiques" (n° 10915)

09.01 Daniel Senesael (PS): Le Comité européen

Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing (CPT) heeft in maart zijn verslag gepubliceerd over het Belgische detentiebeleid ten aanzien van de geïnterneerden in de psychiatrische afdelingen van de gevangenissen.

Tot de vele tekortkomingen die het in tal van strafinrichtingen heeft vastgesteld behoren onder meer de duur van het verblijf in de psychiatrische afdelingen – vaak meer dan twee jaar – en het nijpende gebrek aan psychiaters en multidisciplinaire medewerkers.

Die detentieomstandigheden leiden tot een verdere verslechtering van de geestelijke gezondheid van de gedetineerden.

Zal u concrete maatregelen nemen om die tekortkomingen aan te pakken?

Naar verluidt zou er met de minister van Justitie overleg gepleegd zijn. Werden er naar aanleiding van die gedachteswisselingen beslissingen genomen of bestaan er aanzetten daartoe? Zo ja, welke?

09.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Uw vragen vallen buiten mijn bevoegdheden als minister van Volksgezondheid.

Het departement Volksgezondheid wil er in samenwerking met het departement Justitie voor zorgen dat niet langer alle geïnterneerden in de gevangenis worden vastgehouden.

Om die doelstelling te bereiken, zou de doorstroming van de patiënten vlotter moeten verlopen, ook in het reguliere circuit. Daartoe heeft Volksgezondheid een meerjarenplan ontwikkeld waarmee we alle geïnterneerden een kwaliteitsvolle behandeling buiten de penitentiare instellingen willen garanderen. Daartoe moet er een zorgtraject forensische psychiatrie worden uitgebouwd waarbij de psychiatrische ziekenhuizen en de ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg moeten worden betrokken en waaraan zorgverleners uit aanverwante sectoren moeten meewerken.

We beschikken al over instellingen die intensieve zorg verzekeren en op een ruime personeelsbezetting kunnen rekenen, waardoor er patiënten naar het reguliere zorgcircuit kunnen doorstromen.

Per rechtsgebied van de hoven van beroep werden er coördinatoren 'zorgtrajecten voor geïnterneerden' bij de FOD Volksgezondheid en coördinatoren 'externe zorgcircuits' bij de FOD Justitie aangesteld

pour la prévention de la torture et des peines ou traitements dégradants (CPT) a publié en mars dernier son rapport sur la politique belge de détention des internés au sein des annexes psychiatriques des prisons.

Parmi les nombreux manquements observés dans plusieurs de nos établissements pénitentiaires, il pointait du doigt la durée de séjour dans les annexes psychiatriques – souvent supérieure à deux ans – ou le manque préoccupant de médecins psychiatres et de personnel multidisciplinaire.

Ces conditions de détention ont pour conséquence d'aboutir à une nouvelle détérioration de la santé mentale des détenus.

Envisagez-vous des mesures concrètes pour répondre à ces manquements?

Il me semble que des contacts ont été pris avec le ministre de la Justice. Des décisions ont-elles été prises ou envisagées à l'issue de ces échanges? Si oui, lesquelles?

09.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Vos questions dépassent mes attributions en tant que ministre de la Santé publique.

Au niveau de la Santé publique, en collaboration avec la Justice, l'objectif est de ne plus détenir en prison tous les internés.

Afin de réaliser cet objectif, le flux de patients devrait être plus aisé et ce, également dans le circuit régulier. Dans cette optique, la Santé publique a mis en place un plan pluriannuel visant à offrir à tous les internés une prise en charge de qualité en dehors des établissements pénitentiaires. Pour ce faire, un trajet de soins en psychiatrie médico-légale s'impose, qui implique les hôpitaux psychiatriques, les centres ambulatoires de soins de santé mentale, en collaboration avec des prestataires de secteurs connexes.

Nous disposons déjà de soins intensifs avec un encadrement élevé, ce qui permet un flux de patients vers le circuit de soins réguliers.

Des coordinateurs "trajets de soins pour internés" du SPF Santé publique et des coordinateurs "circuits de soins externes" du SPF Justice ont été désignés pour chaque ressort de cour d'appel et

die de samenwerkingsverbanden formaliseren.

formalisent ensemble les collaborations.

Het plan voorziet in de oprichting van een mobiel team 'zorgtraject voor geïnterneerden' dat de geïnterneerden in de gevangenissen een globale voorbereiding biedt op hun overplaatsing. Tegelijk ondersteunt het de ziekenhuizen en de thuisvervangende instellingen teneinde plaatsen vrij te maken.

Le plan prévoit la création d'une équipe mobile "trajet de soins pour internés". En amont, dans les prisons, cette équipe assure aux internés une préparation globale à leur transfert. En aval, elle soutient les hôpitaux et les établissements substitutifs du domicile, afin de libérer des places.

De beide forensisch psychiatrische centra verstrekken hoogbeveiligde zorg. Voor de laagbeveiligde zorg worden er in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's) forensisch psychiatrische teams opgericht. Centra voor geestelijke gezondheidszorg die geen forensisch psychiatrisch team hebben, zullen op steun van deskundigen kunnen rekenen.

Les soins de haute sécurité sont prodigués dans les deux centres de psychiatrie légale. Pour les soins de faible sécurité, des équipes médico-légales se mettent en place dans les centres de santé mentale (CSM). À l'intention des CSM dépourvus d'équipe médico-légale, on développe un soutien par des experts.

Als we de werkzaamheden van de beide forensisch psychiatrische centra kunnen afronden, kunnen we gedetineerden met psychische problemen uit de gevangenissen halen. Ze zijn nog met 800.

L'achèvement des travaux des deux centres de psychiatrie légale permettra de sortir de prison les détenus atteints de troubles psychiques. Ils sont encore huit cents.

Voor verblijven van lange duur werden er al 30 plaatsen beschikbaar gesteld in het CRP Les Marronniers in Doornik en 30 plaatsen in Bierbeek. Voor de vrouwen werden er 20 plaatsen opengesteld in Zelzate en 5 in het CHP Le Chêne aux Haies in Bergen. Er zijn minder plaatsen nodig voor de vrouwen dan voor de mannen.

Pour les séjours longue durée, il y a trente places aux Marronniers à Tournai et trente places à Bierbeek. Pour les femmes, vingt places ont été ouvertes à Zelzate et cinq au Chêne aux Haies. Nous nécessitons moins de place pour les femmes que pour les hommes.

In Vlaanderen zitten er nog 250 geïnterneerden in de gevangenissen en in Wallonië 450. Volksgezondheid en Justitie stellen samen een Masterplan III internering voor, waarin de volledige interneringsproblematiek aan bod komt en erop wordt toegezien dat elke gedetineerde zorg op maat krijgt.

En Flandre, 250 internés sont encore en prison et 450 en Wallonie. La Santé publique et la Justice proposent conjointement un Masterplan III "internement" qui permet d'aborder la problématique de l'internement dans son ensemble et veiller à ce que chaque détenu bénéficie de soins sur mesure.

Dankzij de samenwerking van beide bevoegde ministers konden op het terrein resultaten worden behaald. Er verblijven nog 800 patiënten in de gevangenissen en we werken aan de omzetting van plaatsen om de kosten te drukken. Desondanks zullen er extra middelen moeten worden geïnvesteerd.

Le travail conjoint des deux ministres compétents a permis d'amener des résultats sur le terrain. Nous avons 800 patients dans les prisons et nous travaillons à la conversion des places pour limiter les coûts. Malgré tout, il faudra investir des moyens supplémentaires.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hospitalisatieduur ingevolge de plaatsing van een heupprothese" (nr. 10917)

10 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la durée d'une hospitalisation à la suite de la pose d'une prothèse de hanche" (n° 10917)

10.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Uit een studie van de CM blijkt een groot verschil tussen de

10.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Les résultats d'une étude réalisée par les MC révèlent de fortes

ziekenhuizen inzake de gemiddelde ligduur na het plaatsen van een heupprothese. Gemiddeld is dat acht dagen, maar één ziekenhuis hospitaliseerde patiënten dubbel zo lang en een andere instelling zelfs driemaal zo lang. In één instelling belandde 81 procent van de patiënten nadien op de dienst intensieve zorg.

Wordt de ligduur volledig vergoed, ook op intensieve zorg? Wordt er gecontroleerd hoe de langere ligduur wordt verantwoord? Hoe vaak wordt er gecontroleerd, hoe en door wie? Welke gevolgen hebben die controles? Op welke manier en wanneer zal deze verspilling worden aangepakt?

10.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Het is al jaren geleden dat de ziekenhuizen nog werden gefinancierd op basis van de reële verblijfsduur voor elke patiënt of op basis van de dienst waar de patiënt verblijft. Dat werd toen de ligdagprijs genoemd.

Elk ziekenhuis wordt nu gefinancierd in het budget van financiële middelen (BFM), gebaseerd op de pathologiegroep en de ernstgraad van de patiënt. De invloed van de ligduur van de pathologie op de financiering van de ziekenhuizen staat in het onderdeel B2 van het BFM. Daarbij wordt elke gehospitaliseerde patiënt ingedeeld in *diagnosis-related groups* (DRG's). Aan elk verblijf wordt een aantal verantwoorde dagen toegekend naargelang de DRG waartoe de patiënt behoort. Soms verhoogt de verantwoorde ligduur door de leeftijd van de patiënt of de oorzaak van de heupprothese. Als iemand bijvoorbeeld valt en zijn heup breekt, dan is er een traumatische oorzaak. Dat is een verschil met een patiënt die met een intacte heup naar het ziekenhuis gaat voor het plaatsen van een heupprothese.

Deze verantwoorde dagen worden per DRG bepaald via een ingewikkeld algoritme, maar in essentie komt dit neer op de gemiddelde ligduur in alle Belgische ziekenhuizen. Enkel deze verantwoorde dagen worden gefinancierd. Bijgevolg heeft een langere ligduur voor deze instellingen geen betere financiering tot gevolg. Wat echter wel het verschil in verblijfsduur kan verklaren is het feit dat sommige ziekenhuizen over een revalidatieafdeling beschikken en andere niet.

Of een opname op intensieve zorg al dan niet nodig is na een heupprothese is de verantwoordelijkheid

variabilités entre les hôpitaux en ce qui concerne la durée moyenne d'hospitalisation après la pose d'une prothèse de la hanche. La durée moyenne est de huit jours, mais elle double dans un hôpital déterminé et triple dans un autre. Dans un hôpital, 81 % des patients ont été transférés au service des soins intensifs après leur opération.

L'intégralité de la durée d'hospitalisation est-elle remboursée, y compris le séjour aux soins intensifs? Les motifs invoqués pour justifier une hospitalisation prolongée sont-ils contrôlés? Quelle est la fréquence des contrôles, comment sont-ils réalisés et à qui sont-ils confiés? Quelles sont les suites de ces contrôles? Quand et comment va-t-on lutter contre ce gaspillage?

10.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Le financement des hôpitaux sur la base de la durée réelle de l'hospitalisation de chaque patient ou sur la base du service où le patient était admis est une pratique abandonnée depuis des années. On parlait alors du prix de la journée d'hospitalisation.

Chaque hôpital est désormais financé par le budget des moyens financiers (BMF) en fonction du groupe de pathologie et du degré de gravité de l'état du patient. L'incidence sur le financement des hôpitaux de la durée d'hospitalisation correspondant à la pathologie figure dans la partie B2 du BMF. Chaque patient hospitalisé est réparti dans des groupes homogènes de diagnostic (*diagnosis related groups*, DRG). Chaque hospitalisation se voit attribuer un nombre de jours justifiés, en fonction du DRG auquel appartient le patient. Parfois, la durée d'hospitalisation justifiée augmente en raison de l'âge du patient ou de la cause justifiant la pose de la prothèse de la hanche. La cause est par exemple d'origine traumatique pour un patient qui tombe et se fracture la hanche. Sa situation est différente de celle d'un patient qui se rend à l'hôpital avec une hanche intacte pour la pose d'une prothèse.

Ces journées justifiées sont définies par DRG au moyen d'un algorithme complexe mais c'est fondamentalement équivalent à la durée d'hospitalisation moyenne dans tous les hôpitaux belges. Seules ces journées justifiées sont financées. Par conséquent, une durée plus longue d'hospitalisation n'entraîne pas un meilleur financement pour ces établissements. Ce qui peut toutefois expliquer la différence de séjour est le fait que certains hôpitaux disposent d'un département de rééducation et d'autres non.

La question de savoir si une admission aux soins intensifs est nécessaire ou non après la pose d'une

van de arts. De pathologie van de patiënt bepaalt de DRG en bijgevolg de gefinancierde ligduur, niet de eenheid waar de patiënt terechtkomt. De FOD voorziet in audits van deze minimale ziekenhuisregistratie, zowel ter plaatse als op basis van data mining.

Wij zijn al ver verwijderd van de vroegere financiering en wij zijn nu ook in staat om meer en betere controles uit te voeren. Ik meen dat wij op die weg moeten doorgaan.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie van het aantal gevallen van schildklierkanker bij kinderen ten gevolge van het ongeval in de kerncentrale van Tsjernobyl" (nr. 10758)

11.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Vijf artsen van het CHU Mont-Godinne hebben een studie gepubliceerd waaruit blijkt dat het aantal papillaire schildkliercarcinomen bij Belgische kinderen die in 1986, toen de radioactieve wolk over ons land is getrokken, jonger dan 15 jaar waren significant is toegenomen.

Die langetermijnstudie bestrijkt niet het gehele grondgebied en professor Michel, de onderzoeksleider, wijst erop dat er bij het Kankerregister en in het verslag van het KCE over de verschillende vormen van schildklierkanker geen rekening wordt gehouden met de leeftijd van de patiënten en er niet wordt ingegaan op de mogelijke verbanden met de doortocht van de radioactieve wolk.

Daarnaast heeft België op een Duitse studie gewacht, die werd uitgevoerd over een periode 24 jaar en waaruit blijkt dat kinderen die in de buurt van een kerncentrale opgroeien een verhoogd risico op kanker – met name leukemie – lopen, vooraleer het zelf een studie liet uitvoeren die slechts een periode van vijf jaar bestrijkt. Zoals bekend is de latentietijd voor dergelijke vormen van kanker echter zeer lang.

Is het geen tijd dat er een studie wordt opgezet voor het hele land, waarin de geboortedatum en de radioactieve wolk die in 1986 over ons land trok in aanmerking worden genomen?

Is het niet dringend tijd dat er een studie naar de

prothèse de hanche relève de la responsabilité du médecin. Le DRG et, par voie de conséquence, la durée financée d'hospitalisation sont fonction de la pathologie du patient et non de l'unité où le patient est admis. Le SPF prévoit que cet enregistrement hospitalier minimal doit faire l'objet d'audits, aussi bien sur place que sur la base du datamining.

Nous sommes déjà très éloignés du mode de financement précédent. Nous sommes également en mesure d'effectuer des contrôles plus nombreux et de meilleure qualité. Je pense que nous devons poursuivre dans cette voie.

L'incident est clos.

11 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évolution du cancer de la thyroïde chez les enfants à la suite de l'accident de la centrale de Tchernobyl" (n° 10758)

11.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Cinq médecins de l'hôpital de Mont Godinne ont publié une étude démontrant que les cancers papillaires de la thyroïde ont augmenté significativement chez les enfants belges qui avaient moins de 15 ans en 1986, année du passage du nuage radioactif.

Cette étude de longue durée ne couvre pas tout le territoire belge et le Pr Michel, directeur de l'étude, souligne que le registre du Cancer et le rapport du KCE sur les types de cancers de la thyroïde ne tiennent pas compte de l'âge des patients et n'abordent pas les liens éventuels avec le passage du nuage radioactif.

En outre, la Belgique a attendu une étude allemande, menée pendant 24 ans, démontrant les risques accrus pour les enfants de contracter un cancer – plus particulièrement une leucémie – dans les environs d'une centrale nucléaire pour mener sa propre étude durant seulement cinq années. Or, on connaît les temps de latence très longs de ces types de cancers.

Ne serait-il pas temps de lancer une étude pour tout le pays et d'y inclure la variable de la date de naissance ainsi que la prise en considération du passage du nuage radioactif de 1986 sur notre territoire?

N'est-il pas urgent de réaliser une étude sur l'état de

gezondheidstoestand van de bevolking rond de nucleaire sites wordt uitgevoerd over een lange periode, om betrouwbaardere resultaten te verkrijgen?

11.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): De studie van professor Michel moet in zijn context worden gesitueerd: er werd gekeken naar het eventuele verband tussen de preventie van papillaire schildklierkarcinomen en de leeftijd van de kinderen ten tijde van het ongeval in Tsjernobyl.

De patiënten in de onderzoeksgroep zijn afkomstig uit de praktijk van een universitair centrum voor endocriene heelkunde tussen april 1986 en oktober 2015.

De incidentie van schildklierkanker bij patiënten die in april 1986 ouder waren dan 15 jaar wordt vergeleken met de incidentie bij patiënten die ten tijde van de ramp in Tsjernobyl jonger waren dan 15 jaar. In de studie wordt dus de evolutie beschreven van de schildklierandoeningen bij patiënten die over een periode van dertig jaar in een bepaald ziekenhuis werden geopereerd. Op grond van die resultaten kan er geen verband met Tsjernobyl worden aangetoond. De studie omvat geen gegevens over de fall-out van Tsjernobyl – behalve voor de periode voor en na april 1986 – en houdt geen rekening met enige andere variabele.

Uit de studie blijkt dat er vóór april 1986 geen enkele persoon in de groep van de vijftienplussers werd geopereerd wegens schildklierkanker; het aantal ingrepen nam naderhand toe en er werden een aantal kankergevallen vastgesteld. Er dient rekening te worden gehouden met een eventuele bias van de resultaten ten gevolge van selectie. Tussen april 1986 en oktober 2015 werden er 36 gevallen van schildklierkanker vastgesteld bij patiënten onder de 15 jaar.

Sinds de invoering van bepaalde tumormarkers werden er aanzienlijk meer gevallen van schildklierkanker bij operatiepatiënten onder 15 jaar vastgesteld.

In België loopt er een epidemiologisch onderzoek om te bepalen of wonen in de nabijheid van een nucleaire site gevolgen voor de gezondheid heeft. In 2012 werden de resultaten, op basis van de kankercijfers 2000-2008 voor Vlaanderen en 2004-2008 voor Brussel en Wallonië, aan het Parlement voorgelegd. Ze zullen worden bijgewerkt zodra we over de Belgische kankergegevens over een langere periode beschikken.

De studie waaruit u citeert is niet zonder belang,

santé de la population autour des sites nucléaires sur une longue durée pour obtenir des résultats plus fiables?

11.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Il convient de replacer l'étude du Pr Michel dans son contexte, soit examiner une éventuelle relation entre la prévention des carcinomes papillaires de la thyroïde et l'âge des enfants au moment de la survenance de l'accident de Tchernobyl.

Les patients inclus sont issus de l'expérience d'un centre universitaire en chirurgie endocrinienne entre avril 1986 et octobre 2015.

L'incidence du cancer thyroïdien chez les patients de plus de 15 ans en avril 1986 est comparée à celle des patients de moins de 15 ans au moment de Tchernobyl. Il s'agit donc de décrire l'évolution des pathologies thyroïdiennes chez les patients opérés sur une période de trente ans dans un hôpital spécifique. Sur la base de ces résultats, on ne peut établir de lien avec Tchernobyl. Hormis la période avant et après avril 1986, l'étude ne reprend aucune donnée sur les précipitations liées à Tchernobyl ni d'autre variable.

Il ressort qu'il n'y a eu aucune opération pour cancer thyroïdien pour les plus de 15 ans avant avril 1986, elles ont ensuite augmenté et quelques cancers ont été décelés. Il faut tenir compte d'une éventuelle distorsion des résultats due à une sélection. Entre avril 1986 et octobre 2015, il y a eu 36 cancers thyroïdiens de patients moins de 15 ans.

Les cancers thyroïdiens ont augmenté substantiellement chez les patients opérés de moins de 15 ans depuis l'introduction de certains marqueurs de cancer.

Une étude épidémiologique est en cours en Belgique pour déterminer si habiter près d'un site nucléaire influe sur la santé. En 2012, les résultats, basés sur les données relatives au cancer entre 2000 et 2008 en Flandre, et 2004 et 2008 à Bruxelles et en Wallonie, ont été présentés au parlement. Ils seront mis à jour une fois que nous posséderons des données belges de cancer sur une plus longue période.

L'étude que vous citez possède un intérêt mais ses

maar de resultaten mogen niet naar heel België geëxtrapoleerd worden.

11.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Het zou interessant zijn indien we over dat soort leeftijdgebonden gegevens zouden beschikken voor het hele grondgebied.

Beschikken we vandaag over de gegevens van alle personen die aan kanker lijden, met hun leeftijd, hun woonzone en het soort kanker? In dat geval zouden we die verschillende gegevens kunnen kruisen.

11.04 Minister Maggie De Block (*Frans*): Er loopt een epidemiologische studie, op basis van de gegevens van het kankerregister.

11.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Gaat het om een permanente studie?

11.06 Minister Maggie De Block (*Frans*): Ja.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "oligodontie" (nr. 10921)

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Patiënten met oligodontie hebben een erfelijke aandoening waardoor ze geen of minder tanden hebben. Tandimplantaten zijn de enige oplossing.

Waarom worden die voor deze patiënten niet volledig vergoed? Zal dit herbekeken worden?

12.02 Minister Maggie De Block (*Nederlands*): Voor deze patiënten bestaan er uitzonderingen op de algemene vergoedingsregels voor orthodontie en uitneembare prothesen. Zij krijgen een extra tussenkomst. Er is een maximale terugbetaling van 2.251,49 euro voor zes implantaten. Dit is een beperkte terugbetaling die niet kostendekkend is als het om meer dan zes ontbrekende tanden gaat.

Een meer uitgebreide vergoeding kan enkel door daarvoor extra financiële middelen vrij te maken of compenserende besparingen uit te voeren. Wij zijn die oefening nu aan het maken.

De terugbetaling voor oligodontie bestaat nog maar enkele jaren. Er is gekozen voor zes implantaten, omdat daaraan een vals gebit bevestigd kan worden.

résultats ne peuvent être extrapolés pour toute la Belgique.

11.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Poser la question du lien avec l'âge sur l'ensemble du territoire est intéressant.

Dispose-t-on aujourd'hui des données pour toutes les personnes qui ont un cancer avec leur âge, la zone d'habitation et le type de cancer? On pourrait croiser les différentes données?

11.04 Maggie De Block, ministre (*en français*): Une étude épidémiologique est en cours, sur base des données du registre du cancer.

11.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): S'agit-il d'une étude permanente?

11.06 Maggie De Block, ministre (*en français*): Oui.

L'incident est clos.

12 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'oligodontie" (n° 10921)

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Les patients souffrant d'oligodontie, une maladie héréditaire, n'ont que peu ou pas de dents. Les implants constituent pour eux la seule solution.

Pourquoi ces patients ne sont-ils pas intégralement remboursés? Leur situation sera-t-elle réexaminée?

12.02 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): Pour ces patients, il existe des exceptions aux règles générales de remboursement pour l'orthodontie et les prothèses amovibles. Ils bénéficient d'une intervention supplémentaire. Le remboursement maximal est de 2 251,49 euros pour six implants. Il s'agit certes d'un remboursement limité qui ne couvre pas nécessairement tous les frais s'il manque plus de six dents au patient.

Un remboursement plus important n'est possible que si des moyens supplémentaires sont dégagés ou des économies compensatoires réalisées. Ces pistes sont actuellement à l'examen.

L'oligodontie n'est remboursée que depuis quelques années. L'on a opté pour six implants parce que cela permet la fixation d'un dentier.

12.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Het zal dus besproken worden, waarvoor dank.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 10926 van mevrouw Muylle wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

13 Samengevoegde vragen van
 - mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "biomedicijnen" (nr. 10939)
 - mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "biomedicijnen" (nr. 10952)

13.01 Karin Jiroflée (sp.a): Biologische medicijnen zijn in ons land vaak peperduur. Ze bevatten biologische actieve stoffen en zijn voor sommige aandoeningen doeltreffender dan klassieke geneesmiddelen met chemische componenten. Ze zijn duur omdat ze lastig te produceren zijn. De generische middelen, biosimilaire medicijnen, zouden een oplossing kunnen bieden. Volgens specialisten is het een probleem dat deze *biosimilars* geen kans krijgen omdat de originele medicijnen veel goedkoper worden zodra het patent verstreken is.

Klopt het dat er een probleem is in de sector van de producenten van *biosimilars*? Heeft de minister hierover overlegd met Febelgen? Wat waren de resultaten? Maakt dit deel uit van het farmapact? Plant de minister maatregelen?

13.02 Minister Maggie De Block (Nederlands): Dat farmapact heet het Toekomstpact. Zoals afgesproken is er een pact gesloten met de farmaceutische industrie over *biosimilars*. Wij hebben een convenant afgesloten in januari met het oog op het stimuleren van deze medicijnen.

Het convenant, dat door alle belangrijke betrokken partijen ondertekend is, houdt in dat de arts in elk geval voor 20 procent van de nieuwe patiënten een *biosimilar* overweegt.

België heeft inderdaad een historische achterstand. Die is te wijten aan terughoudendheid bij de artsen, maar ook aan de kortingen die de industrie aan de

12.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Cette question sera donc débattue et je vous en remercie.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 10926 de Mme Muylle est transformée en question écrite.

13 Questions jointes de
 - Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les biomédicaments" (n° 10939)
 - Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les biomédicaments" (n° 10952)

13.01 Karin Jiroflée (sp.a): Dans notre pays, les médicaments biologiques coûtent souvent extrêmement cher. Ils contiennent des substances biologiques actives qui, pour certaines affections, sont plus efficaces que les médicaments classiques à base de composants chimiques. S'ils sont chers, c'est parce qu'ils sont difficiles à produire. Les médicaments génériques et les médicaments biosimilaires pourraient constituer une solution? Selon les spécialistes, il se pose un problème concernant les médicaments biosimilaires, en ce sens que leur utilisation est entravée par le fait que les médicaments originaux deviennent beaucoup moins chers dès l'expiration du brevet.

Confirmez-vous qu'il se pose un problème dans le secteur des producteurs de médicaments biosimilaires? Le ministre s'est-il concerté à ce sujet avec Febelgen? Quels sont les résultats de cette concertation? Ce dossier fait-il partie du farmapacte? La ministre envisage-t-elle de prendre des mesures?

13.02 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Ce farmapacte s'appelle le Pacte pour l'avenir. Comme convenu, un pacte a été conclu avec l'industrie pharmaceutique à propos des médicaments biosimilaires. Nous avons conclu une convention en janvier en vue d'encourager la prescription de ces médicaments.

La convention, qui a été signée par toutes les parties concernées importantes, implique que le médecin envisage, en tout cas pour 20 % des nouveaux patients, la possibilité de prescrire un médicament biosimilaire.

La Belgique accuse en effet un retard historique qui est dû à la réticence des médecins mais aussi aux réductions octroyées par l'industrie aux hôpitaux.

ziekenhuizen geeft.

Het effect van het convenant wordt geëvalueerd in juli 2016. Ondertussen is wel al duidelijk dat steeds meer ziekenhuizen *biosimilars* in hun formularium opnemen. Zij moeten voor *biosimilars* ook een *tender* uitschrijven, waarbij de wetgeving voor de overheidsopdrachten van kracht is. Er beweegt dus wel iets op het terrein en het convenant blijkt dus een stap in de goede richting te zijn geweest.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.07 uur.

L'effet de la convention doit être évalué en juillet 2016. Dans l'intervalle, il apparaît déjà clairement que les hôpitaux intègrent des médicaments biosimilaires dans leur formulaire. Pour ces derniers, ils doivent également organiser un appel d'offres en application de la législation sur les marchés publics. Les choses bougent donc bel et bien sur le terrain et la convention semble donc avoir constitué un pas dans la bonne direction.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 07.