

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 26 NOVEMBER 2014

Namiddag

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

du

MERCREDI 26 NOVEMBRE 2014

Après-midi

La séance est ouverte à 15.07 heures et présidée par Mme Muriel Gerrens.
De vergadering wordt geopend om 15.07 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerrens.

Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je voudrais intervenir concernant l'organisation des travaux. Sous la précédente législature, pour éviter des exercices de lecture qui se limitent à cela, nous avons pour habitude, et pas que dans cette commission d'ailleurs, de pouvoir transformer certaines questions orales en questions écrites mais en pouvant obtenir la réponse écrite immédiatement. Ce type de dispositif existe-t-il toujours?

La **présidente**: La ministre a fait une proposition.

Maggie De Block, ministre: On peut fonctionner comme avant, mais je transmettrai les réponses écrites à l'issue de la commission car il est arrivé que les réponses se trouvent déjà sur internet avant la fin de la commission.

Catherine Fonck (cdH): C'est très bien, il n'y a pas de problème. C'est simplement pour éviter des exercices de lecture. Cela fait gagner du temps à tout le monde!

La **présidente**: Ces questions et réponses sont alors publiées dans le Bulletin des questions et réponses écrites. Les questions orales sont transformées immédiatement; il n'y a pas de démarche supplémentaire à effectuer. Je rappellerai les règles à l'occasion d'une réunion à laquelle tout le monde sera présent lorsque nous aborderons l'organisation des travaux.

01 Questions jointes de

- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'attribution d'un numéro INAMI pour les diplômés en dentisterie" (n° 2)
- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un numéro INAMI pour tous les diplômés en médecine" (n° 147)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique des numéros INAMI" (n° 203)
- Mme Muriel Gerrens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le n° INAMI des futurs médecins et dentistes" (n° 327)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contingentement de l'offre médicale" (n° 337)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique des numéros INAMI" (n° 490)
- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre de numéros INAMI disponibles" (n° 593)

01 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal RIZIV-nummers voor afgestudeerde tandartsen" (nr. 2)
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een

RIZIV-nummer voor alle afgestudeerde geneesheren" (nr. 147)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problematiek van de RIZIV-nummers" (nr. 203)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "RIZIV-nummers voor toekomstige geneesheren en tandartsen" (nr. 327)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de contingentering van het medische aanbod" (nr. 337)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problematiek van de RIZIV-nummers" (nr. 490)

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beschikbare aantal RIZIV-nummers" (nr. 593)

01.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, je tâcherai évidemment de respecter strictement tous les préceptes que vous nous avez donnés.

Madame la ministre, vous vous êtes déjà expliquée sur la problématique récemment dans la presse. C'était en effet nécessaire. Je vois aux interventions de mes collègues que la problématique sera prise en charge de manière globale. J'avais axé ma question concernant l'attribution des numéros INAMI sur la dentisterie. Je pense que le problème reste sensiblement le même en dentisterie et en médecine. Dans les deux cas, l'accès à la profession est limité par l'attribution d'un numéro INAMI à un nombre déterminé de diplômés.

On constate un certain engouement depuis quelques années pour les études en dentisterie, je pense aussi en conséquence d'un contingentement encore plus accru pour l'attribution de numéros INAMI en médecine. Il y a une augmentation conséquente des étudiants qui approchent de la fin de leur cursus.

À l'Université de Liège singulièrement, que je connais particulièrement, le nombre d'étudiants en master 2 est ainsi passé de 10 en 2013 à 30 en 2014, et cette tendance semble se confirmer pour les années suivantes. Or, le nombre de numéros INAMI disponibles est de 17. Par conséquent, ces étudiants se trouvent, après cinq années d'étude pour accéder à une profession, dans l'incertitude quant à leur avenir.

Madame la ministre, j'aimerais vous entendre, même si je sais que vous vous êtes déjà expliquée à ce sujet. Envisagez-vous d'augmenter le nombre de numéros INAMI afin de permettre à ces étudiants diplômés de pouvoir exercer leur profession dans cette branche bien spécifique? De quelle manière? Quelles mesures comptez-vous prendre pour remédier à ce problème sur le plus long terme?

Il s'agit d'un questionnement urgent. La question mérite certainement d'être posée dans cette commission.

01.02 Véronique Caprasse (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, nous savons qu'en votre qualité de médecin généraliste, vous n'ignorez pas la pénurie de médecins, que la presse a souvent évoquée.

Parce que certains proposent d'importer des médecins étrangers, les étudiants formés en Belgique n'ont aucune garantie d'exercer la médecine, une fois diplômés, en raison du nombre trop limité de numéros INAMI indispensables à l'exercice de la profession.

D'après les plus récentes prévisions, la Fédération Wallonie-Bruxelles devait diplômer entre 6 500 et 7 500 médecins entre 2014 et 2020, le tout pour un total de 2 830 numéros INAMI. Dans cette optique, seul un étudiant sur trois serait en mesure de recevoir son numéro INAMI.

Face aux protestations du Comité Inter-Universitaire des étudiants en Médecine (CIUM), de la Fédération des étudiants francophones (FEF), du Vlaams Geneeskundig Studenten Overleg (VGSO) et du Conseil de la Jeunesse, en mars dernier, votre prédécesseur s'était engagée à garantir aux étudiants en médecine un numéro INAMI au terme de leur cursus.

Cette question ne concerne pas seulement les étudiants en médecine, mais tous nos concitoyens. La pénurie de médecins altère, en effet, la qualité des soins de santé. Une réduction encore plus grande du nombre de médecins risque d'engendrer une augmentation des coûts en soins de santé et, ce faisant, de créer une médecine à deux vitesses.

Vos interventions en séance plénière du mois d'octobre ainsi que lors de la présentation de votre note

d'orientation politique laissent entendre votre adhésion à l'idée d'un examen d'entrée puisque vous avez déclaré que les Communautés devront prendre leurs responsabilités, vu le surnombre d'inscriptions à l'entrée des études. Pour notre part, nous nous opposons à une telle éventualité car cela revient à considérer les étudiants comme possédant des aptitudes de base suffisantes ou non pour la médecine. Or la réussite est une dynamique qui s'acquiert et s'améliore au fil des années.

Avant d'ouvrir le débat sur le type de sélection, il faut avoir une vision claire et transparente quant à la pénurie qui touche notre pays ainsi que sur le nombre d'étudiants commençant leurs études de médecine.

Votre accord de gouvernement va dans le bon sens en prévoyant l'établissement d'un cadastre très détaillé et fiable de toutes les professions de soins de santé. Mais votre partenaire de majorité, le MR, a reconnu qu'il ne prévoyait rien en matière de délivrance de numéros INAMI, du moins à court terme.

Vous avez également réaffirmé votre intention de demander au SPF Santé publique une vue complète du dossier.

Madame la ministre, pouvez-vous me dire si le cadastre aura bien trait à l'offre médicale spécialisée? Une évaluation continue de l'activité médicale généraliste et spécialisée est-elle également prévue à l'occasion de cadastres annuels?

Quand aura-t-on les premiers chiffres du cadastre? Enfin, une augmentation du nombre de places de stage disponibles pour tous les étudiants en médecine et dentisterie est-elle prévue?

01.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai déjà eu l'occasion de vous interroger à plusieurs reprises sur ce dossier, même si vous n'êtes pas là depuis très longtemps.

Il est vrai que l'accord de gouvernement ne parle que d'une chose, d'un cadastre. Si je peux me permettre, cela fait au moins dix ans que l'on nous rebat les oreilles avec ce cadastre. On ne peut évidemment pas faire comme s'il n'existait pas. Certes, il peut toujours être amélioré et affiné. En même temps, on sait aussi que les pratiques dans le secteur de la santé évoluent, tout comme ailleurs dans le monde du travail. Un numéro INAMI n'équivaut pas à un équivalent temps-plein, loin de là.

Je pense que nous sommes responsables – je vise tous les pouvoirs publics – de la situation actuelle qui est surréaliste non seulement pour les étudiants mais également pour les universités. Les étudiants sont piégés et passent sept années sur les bancs universitaires pour rien. Cela représente un coût non négligeable tant pour les parents que pour les contribuables. Par ailleurs, sur le plan humain, faire peser cette incertitude sur les étudiants est tout à fait inacceptable!

On a même créé aujourd'hui une discrimination à l'envers pour nos médecins et nos dentistes; en effet, je rappelle que, pendant ce temps-là, les médecins et dentistes diplômés au niveau européen peuvent profiter, eux, lorsqu'ils arrivent en Belgique, de l'obtention presque automatique d'un numéro INAMI.

On ne peut pas, comme certains le font trop souvent, présenter cette situation comme une histoire communautaire. Rappelons-le, les néerlandophones aussi auront, dès cette année, un nombre de médecins et de dentistes diplômés plus élevé que le quota qui leur est attribué. La question se pose donc pour toute la Belgique.

Madame la ministre, vous avez vu l'essentiel des acteurs concernés par ce dossier. Où en êtes-vous? Quelles sont les pistes sur lesquelles vous pouvez avancer?

Puis-je me permettre de dire qu'il y a urgence? Certains d'entre eux sont déjà au milieu de leur quatrième doctorat. Vous savez à combien cette période est stratégique avec le fameux examen appelé "mammoth". Vous le connaissez. C'est maintenant que les décisions doivent se prendre pour la fin de cette année.

Par ailleurs, une double cohorte sortira en 2018: ceux qui se trouvent dans le cursus à sept ans et ceux qui sont dans le cursus à six ans. Ceci va également aggraver la situation pour la recherche de stages en médecine générale ou chez les médecins spécialistes.

Pouvez-vous évoquer les pistes de solution? Ce sont évidemment des pistes de solution qu'il faut trouver. Nous estimons qu'elles sont de deux ordres et qu'elles doivent se cumuler. D'abord, il s'agit d'avoir le

principe très clair qu'un diplômé belge, médecin ou dentiste, doit pouvoir obtenir, après avoir réussi ses études, un numéro INAMI s'il le demande. Par ailleurs, on ne peut plus envisager un filtre à la sortie des études mais un filtre doit pouvoir être discuté et examiné à l'entrée à condition de prévoir une chance pour chacun des étudiants de pouvoir réussir et entreprendre ses études de médecine.

01.04 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je suis conscient du fait que mes questions qui ont été déposées voici quelques semaines peuvent apparaître comme étant redondantes. C'est la première fois que nous avons l'occasion de vous soumettre au feu de questions à la suite d'un problème que vous connaissez et que nous suivons au quotidien dans l'actualité. C'est assez normal car il y a une inquiétude importante dans le chef de milliers d'étudiants en médecine et en dentisterie dans notre pays. En outre, comme Mme Fonck vient de le dire, les familles investissent des sommes colossales dans des formations de longue durée, ce qui demande de nombreux efforts. Or, au final, on ne sait pas trop si, au lendemain du diplôme, on pourra travailler.

Je fais un bref rappel technique en essayant de ne pas être redondant. En 1998, la Belgique a instauré, comme d'autres pays européens, un système de planification de l'offre médicale appliqué pour la première fois en 2004.

La planification de l'offre médicale est fixée au niveau fédéral par l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Les articles 35 octies et suivants créent la Commission de planification et fixent les principes de la planification.

Actuellement, le nombre maximal de diplômés en médecine qui ont accès annuellement à une formation pour une spécialité médicale dont la médecine générale est de 1 230 par an pour les années 2015 à 2017, 2 460 pour l'année 2018 et 1 230 pour les années 2019 et 2020. Ce nombre maximal est ensuite réparti par Communauté.

Une méthode de lissage est également prévue par l'arrêté. Celle-ci permet aux Communautés de présenter des déficits ou des surplus de candidats par rapport aux quotas fixés annuellement, et ce jusqu'en 2018 où ces différences devront être éliminées, sous peine de voir refuser les plans de stage introduits cette année-là. Mais cette technique de lissage arrive à épuisement et il n'y aura plus assez de numéros INAMI pour les étudiants qui réussissent leurs études.

Le système actuel de planification de l'offre médicale semble clairement montrer ses limites. En effet, l'excédent de médecins par rapport aux quotas et donc au nombre de numéros INAMI disponibles n'a fait que croître ces dernières années. Les minima prévus pour certaines spécialités en pénurie ne sont quant à eux pas toujours atteints.

Lors de la séance plénière du 23 octobre dernier, vous avez dit avoir demandé au SPF Santé publique de disposer dans les plus brefs délais d'un état des lieux du dossier et d'une vue complète sur les places disponibles dans les différentes professions de santé contingentées ainsi que sur leur évolution prévue. Une concertation avec la commission de planification et tous les acteurs concernés devait également être organisée.

Selon votre accord de gouvernement, un cadastre détaillé et fiable des professions de soins de santé devra permettre à la commission de planification de mieux faire concorder l'afflux dans les professions de santé.

Un cadastre des professions de soins de santé est actuellement opérationnel. Un cadastre amélioré existe par ailleurs et permet d'assurer le couplage avec d'autres données provenant de sources diverses comme celles de l'ONSS, de l'INASTI ou de l'INAMI.

Une loi portant dispositions diverses en matière de santé votée en février dernier a d'ailleurs modifié l'article 35 octies de l'arrêté royal 78 afin de permettre un croisement permanent des données disponibles.

Mes questions sont donc les suivantes, madame la ministre.

Disposez-vous à présent d'un état des lieux précis du dossier? Quand les résultats du cadastre amélioré pourront-ils être connus? Quels obstacles rencontrez-vous encore dans la mise en œuvre de ce cadastre amélioré sachant que la base légale est déjà prévue pour assurer son opérationnalité?

Enfin, étant donné l'inquiétude qui règne au sein de la communauté étudiante et l'urgence de la situation, la concertation prévue avec la commission de planification et les Communautés a-t-elle commencé?

Quelles sont les conclusions tirées de votre rencontre avec les étudiants le 6 novembre dernier? Des mesures concrètes sont-elles enfin envisagées?

01.05 Valerie Van Peel (N-VA): Ik vond het belangrijk om in dit debat een andere stem te laten horen. De situatie is bekend en werd hier ook al beschreven. Heel wat Franstalige studenten geneeskunde en tandheelkunde zullen afstuderen zonder dat zij de kans krijgen om hun gekozen beroep uit te oefenen. Wegens de contingentering die reeds vijftien jaar geleden werd ingevoerd, kunnen verschillende Franstalige studenten vandaag het benodigde RIZIV-nummer niet verkrijgen.

Waar Vlaanderen verkoos de instroom in te perken door middel van een ingangsexamen en zo de uitstroom te controleren – dat is niet onbelangrijk – kozen de Franstalige regering en universiteiten ervoor om af te wachten en geen actie te ondernemen. Dat de studenten daarover nu bezorgd en boos zijn, is te begrijpen, maar als wij de bevoegde minister Marcourt mogen geloven, is dat eigenlijk nergens voor nodig, want hij heeft eens vijf minuten nagedacht en had de oplossing al gevonden: "Schrap gewoon de Franse studenten die terug naar Frankrijk zijn vertrokken en het probleem is opgelost." Zo simpel was het voor minister Marcourt.

Voor de zoveelste keer weigert de PS haar verantwoordelijkheid te nemen. Dat stoort mij een beetje, want uiteindelijk moeten wij een structurele oplossing zoeken. Ik vind het niet alleen zeer jammer dat zo honderden Franstalige studenten in de kou worden gezet, dat is een spijtige zaak, maar bovendien lacht men zo ook met de duizenden Vlaamse studenten die de afgelopen jaren telkens heel zware inspanningen hebben geleverd om te slagen voor het ingangsexamen. Op die manier lacht men hen in het gezicht uit. Verschillende onder hen zagen hun droom verloren gaan, al is het verschil wel dat zij daarnaast niet nog eens zes jaar van hun leven kwijt zijn, want dat is nu het geval aan de andere kant van de taalgrens.

Mevrouw de minister, dat de Franstalige studenten hun hoop op de federale regering richten om het probleem op te lossen in plaats van op de Franstalige regering, is zeer goed te begrijpen, maar ik meen dat zij slecht ingelicht zijn. Ik hoorde de collega's opnieuw de verantwoordelijkheid afschuiven op het federale niveau, terwijl die volgens mij in eerste instantie ontegensprekelijk op het Franstalige niveau ligt.

Ik wil u echter toch het volgende vragen, al hoop ik dat ik uw antwoord al ken: u denkt toch niet, in navolging van minister Marcourt, dat het voorstel dat hij deed het grote wondermiddel zal zijn om dat probleem in een klap op te lossen?

01.06 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je poserai ma question sans répéter tout ce qui a déjà été dit.

Je voudrais me concentrer sur les politiques qu'on peut mener au niveau fédéral pour essayer de mieux faire correspondre l'offre médicale à une évaluation correcte des besoins. Pour ce faire, il faudra à mon sens qu'on organise autrement l'identification des besoins en soins sur les différents territoires. Mais il est aussi important d'avoir des données dont on peut se servir pour savoir qui, aujourd'hui, demain et après-demain, preste réellement à temps plein sur le terrain. Où les médecins, généralistes ou spécialistes, prestent-ils réellement? C'est plus facile à déterminer pour les dentistes. Parmi ceux qui ne prestent pas à temps plein via les remboursements INAMI – puisque c'est comme cela que l'on évalue leur équivalent temps plein –, certains travaillent dans d'autres lieux qui sont aussi utiles et nécessaires comme l'ONE, Kind en Gezin ou la médecine du travail. Ces secteurs médicaux sont aussi à revaloriser.

Madame la ministre, mes questions portent sur le besoin d'information que nous avons. Pouvons-nous réellement disposer de ce type de données aujourd'hui? Comment fait-on pour les consulter, les comprendre, les connaître? Ces données donnent-elles ces réponses ou faudra-t-il organiser autrement la collecte de données de manière à avoir une photographie actualisée qui pourra être évolutive?

Il y a évidemment une solution à trouver pour ces étudiants qui vont terminer leurs études. Il est inacceptable de leur dire qu'ils ont fait leurs études sans pouvoir avoir accès au métier qu'ils souhaitent exercer. Je crois qu'il est possible de prendre des mesures au fédéral en ce qui concerne une évaluation des besoins et une organisation de l'offre de soins et qu'il est aussi possible d'organiser, au niveau des Communautés, les études dans les domaines de la santé.

Je ne veux pas mélanger les compétences et les responsabilités qui doivent s'exercer là où elles sont d'application.

01.07 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, je remercie tous les membres pour leurs questions. Puisqu'il y a six questions jointes, il doit s'agir d'un problème vraiment très important.

Je voudrais d'abord rappeler ce qu'on entend par "limitation de l'accès à l'exercice de la profession de praticien de l'art dentaire ou de l'art médical" car cette notion est souvent confondue avec l'idée qu'il y aurait seulement un nombre limité de numéros INAMI disponibles pour ces professions.

Les limitations dites d'accès à l'exercice de la profession ont été fixées dans les arrêtés royaux du 12 juin 2008 pour les médecins et du 19 août 2011 pour les dentistes. Les contingentements, tels que fixés dans ces arrêtés royaux, ont été établis sur avis de la commission de planification, organe médical dans lequel siègent aussi les médecins et dentistes. Ces contingentements ont été mûrement réfléchis. Ces arrêtés précisent combien de candidats médecins et dentistes peuvent avoir accès chaque année à la formation qui mène au titre professionnel concerné. Ce contingentement est une compétence fédérale et doit être concrétisé par les entités fédérées au niveau de l'enseignement.

Une planification est une mise en œuvre efficace. Les dispensateurs de soins ont également besoin d'un cadastre détaillé et fiable de toutes les professions de santé, qui reprend l'activité réelle des prestataires. Ceci constitue une bonne base, sur laquelle les commissions de planification, via des accords clairs concernant le contingentement, peuvent s'appuyer pour mieux adapter l'afflux dans les professions de santé aux besoins de la population. Ce réglage sera réalisé après concertation avec les instances compétentes des Communautés.

Avant d'envisager des mesures à prendre, il faut se rappeler pourquoi le législateur a mis en place le contingentement des médecins et des dentistes. Il s'agissait de résoudre une problématique de santé publique, c'est-à-dire éviter de subir une situation semblable à celle des années 80 où la pléthore de ces professionnels a eu des conséquences négatives tant sur la qualité des soins et les dépenses en soins de santé que sur l'avenir professionnel des jeunes diplômés.

Wij herinneren ons allemaal de schrijnende situaties uit het verleden, toen er artsen afstudeerden die tien tot vijftien patiënten per week zagen en die jarenlang moesten hopen dat hun partner enigszins goed zijn brood verdiende om ervan te kunnen leven, en dat niet gedurende enkele jaren als starter, maar wel gedurende tien of vijftien jaar.

Le mécanisme actuel du contingentement implique d'autres acteurs que le gouvernement fédéral. C'est pourquoi une concertation avec les Communautés me semble indispensable avant d'envisager toute mesure, comme celle de relever les quotas. Il me semble clair que toutes les personnes concernées devront prendre leurs responsabilités.

Het is dan ook belangrijk om een duurzame oplossing te vinden, een oplossing die de studenten niet bestraft, maar die ook rekening houdt met de vastgestelde tekorten via het dynamisch kadaster en met het aangekondigd overtal, en die vooral de kwaliteit en de toekomst van onze gezondheidszorg garandeert.

Daarom is het ook belangrijk om te wachten op de resultaten van de lopende werkzaamheden binnen het RIZIV, die thans toelaten om het actueel kadaster met de zorgverstrekkers in België te kruisen met de gegevens inzake de activiteitsgraad van de zorgverstrekkers. Dat werk is jammer genoeg nog niet volledig. Het wordt verwacht in de loop van 2015.

Au sein de mon administration, les données chiffrées du couplage SPF INAMI - *datawarehouse* marché du travail et Protection sociale sont en cours d'exploitation afin d'établir le cadastre de la force de travail des médecins et des dentistes, à l'instar de ce qui a déjà été fait pour les infirmiers et les kinésithérapeutes. Les résultats sont attendus dans le courant de 2015. Ce cadastre amélioré dynamique donnera une vue claire par spécialité sur l'activité des médecins et dentistes.

Je tiens à préciser une nouvelle fois que le document paru dans la presse la semaine dernière n'était qu'une première ébauche qui était loin d'être complète.

Il est prévu en effet, sur la base d'une modification législative apportée par la dernière loi Santé à l'arrêté

royal n° 78 relatif aux professions des soins de santé, de réaliser un couplage permanent des données précitées. Ce couplage permettra d'obtenir une fois par an les données d'activité de toutes les professions de la santé afin de décrire avec précision la force de travail par profession, c'est-à-dire le nombre de personnes actives, le nombre d'équivalents temps plein, la répartition entre les secteurs et sous-secteurs d'activité, les soins de santé ou autres. Les données pluriannuelles permettront de déterminer l'évolution de chaque groupe professionnel et de convenir des contingentements avec davantage de pertinence pour le futur.

Wij werken dus aan een duurzame oplossing, niet alleen voor dit en volgend jaar, maar ook voor de tien tot vijftien jaren die voor ons liggen. Het is belangrijk te waken over de kwaliteit van de opleiding van onze artsen en tandartsen, evenals over de kwaliteit van de gezondheidszorg die zij kunnen bieden. Vooral het in stand houden en het duurzaam maken van de organisatie van onze gezondheidszorg is belangrijk.

01.08 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour tous ces éclaircissements. Je vous remercie également de prendre enfin ce dossier à bras-le-corps pour envisager une solution durable, dont vous avez rappelé la nécessité.

À ma sortie de l'université, mon travail de fin d'études portait sur l'équivalence des diplômes au sein de "Bologne". On parle beaucoup de communautaire dans cette commission. Il ne vous aura pas échappé que je suis germanophone. Or énormément de germanophones ont dû suivre leurs études à l'étranger, par crainte d'un certain contingentement. Bien que très correctement formés, ils ne sont plus jamais revenus en Belgique. La situation difficile que nous évoquons exige rapidement des solutions.

De plus, aucun des niveaux de pouvoir n'a suffisamment pris ses responsabilités. En effet, même en établissant certaines règles pour les études médicales – terme générique que je préfère employer, étant donné que ma question portait aussi sur la dentisterie –, ces instances ont créé une certaine insécurité juridique dont les premières victimes seront les étudiants qui vont terminer leur cursus cette année.

Je souhaite sincèrement que vous mettiez tout en œuvre pour créer ce cadastre et j'espère que vous tirerez les leçons de cette situation. Évidemment, cela devra s'organiser en concertation avec les Communautés.

01.09 Véronique Caprasse (FDF): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses qui, pour moi, restent encore très, très vagues.

Certes, vous êtes en début de législature et on peut vous en excuser. Mais de toute évidence, il est urgent d'avoir des chiffres quant à ce cadastre. Ce qui urge, c'est de trouver dans l'immédiat une solution pour tous ces étudiants, qui vont arriver au bout de sept ans d'études et qui se posent plein de questions sur leur avenir.

J'espère que vous investirez toute votre énergie pour trouver des solutions positives pour tous ces étudiants.

01.10 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je suis d'accord avec vous, vous pouvez afficher le cadastre en question et je suis persuadée qu'au fur et à mesure des années, il y aura toujours moyen de l'affiner de plus en plus. C'est vrai, le degré d'activité est un élément important. Un numéro INAMI n'équivaut pas nécessairement à un équivalent temps plein. On sait qu'il y a une évolution au niveau des pratiques en la matière. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il faut une solution durable.

Par contre, je pense que ce cadastre – vous avez évoqué l'année 2015; c'est déjà loin – ne peut être un prétexte pour ne rien faire ou pour reporter des solutions à une année supplémentaire.

Dès cette année, parce que nous avons des étudiants qui, aujourd'hui, sont les premières victimes, je me permets de le rappeler, chacun doit cesser de s'arc-bouter sur sa position, tant le fédéral que les Communautés. Des solutions globales et équilibrées, avec une articulation intelligente des différents niveaux de pouvoir pour ce problème de contingentement, sont possibles.

Il suffit, à un moment donné, d'un peu de bonne volonté politique d'un côté comme de l'autre pour pouvoir avancer en la matière. C'est trop vital et trop important non seulement pour les étudiants mais aussi pour la qualité de la médecine et donc pour l'ensemble des patients; il faut prendre la mesure de l'urgence mais aussi celle d'une solution équilibrée.

01.11 André Frédéric (PS): Madame la présidente, je voudrais très brièvement remercier Mme la ministre pour sa réponse.

On ne peut qu'applaudir le cadastre détaillé, précis et fiable via le couplage. Cela nous donnera une vision très précise des besoins, de l'offre et de la demande, en vue des ajustements qui s'imposent.

Je vous engage à entamer la concertation nécessaire avec les Communautés, à laquelle Mme Fonck vient de faire allusion. Si des solutions peuvent être trouvées en bonne intelligence, je pense que vous aurez notre soutien.

Cela dit, je reste un peu sur ma faim pour ce qui concerne la situation immédiate de celles et ceux qui terminent leurs études, après y avoir consacré beaucoup d'énergie, de temps et d'argent, et qui ne savent pas si, demain, ils pourront exercer. Je ne veux évidemment pas vous accabler puisque vous venez d'arriver à la tête du département. Ce serait inélégant de ma part et ce n'est pas ma caractéristique principale.

Quoi qu'il en soit, confrontés à ce type de réalité, il faut d'urgence une réponse. Et je m'interroge sur la possibilité de mesures transitoires, par exemple, pour tenter de répondre ponctuellement à la situation actuelle.

01.12 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, wij volgen u volledig als u stelt dat wij inderdaad eerst een gedetailleerd en betrouwbaar kadaster nodig hebben. Ik wil er toch even op wijzen dat wij u nog meer volgen in uw oproep om een structurele oplossing te vinden. Voor ons kan die structurele oplossing er enkel in bestaan dat op de eerste plaats de Franstalige Gemeenschap een systeem invoert dat het aantal studenten afstemt op het contingent dat voor hen beschikbaar is. Dat is een eerste stap, nodig om tot een oplossing te komen.

Dat moet eens duidelijk worden gezegd, want de verantwoordelijkheid moet op het juiste niveau worden gelegd. Daarom is het voor ons belangrijk om niet te spreken over generale pardons, hoe spijtig het ook is dat de verkeerde mensen hiervan het slachtoffer zijn. Er kan geen sprake zijn van generale pardons zonder een structurele oplossing en belofte voor de toekomst, gesteld op de twee Gemeenschappen. Het kan niet dat de ene Gemeenschap de gevolgen moet dragen, terwijl zij al jaren haar verantwoordelijkheid opneemt en de andere wordt beloond voor haar uitstel. Dat willen wij in ieder geval niet onderschrijven.

01.13 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je ne peux évidemment pas vous reprocher de ne pas pouvoir nous donner de cadastre détaillé. Vous venez d'arriver.

J'ai commencé à demander des chiffres en 2006, commune par commune, renseignant notamment l'âge. Nous nous sommes rendu compte, déjà à ce moment-là, que le cadastre dont nous disposions n'incluait quasiment pas de données utilisables. Depuis, ce cadastre est réclamé et promis. Nous ne disposons de rien qui permette d'organiser l'offre de soins – ce n'est pas un cadastre pour le plaisir du cadastre.

Personnellement, je suis contre le contingentement, parce que je pense que c'est fait de manière désincarnée par rapport à la réalité. Je suis plutôt en faveur d'une régulation de l'installation des médecins, selon les spécialisations nécessaires sur le terrain. C'est évidemment un changement.

À mon avis, pour rencontrer les besoins des étudiants, qu'ils soient en surnombre ou pas, il serait utile de disposer de données relatives aux lieux de stage et au temps que les médecins vont pouvoir consacrer à leurs futurs stagiaires. Il faut inciter les médecins généralistes à s'inscrire comme futurs maîtres de stage, car nous avons besoin de futurs médecins généralistes, que davantage d'étudiants s'orientent vers cette spécialisation. Dans certains hôpitaux, il y a des problèmes de disponibilité de la part des maîtres de stage. C'est une information importante.

Relativement au timing, je voudrais vraiment insister. Peut-être pourrions-nous prévoir une régularité dans le travail, afin que la récolte des données ait lieu rapidement en 2015. S'il y a un message à donner, si des décisions sont prises pour la suite, quelles qu'elles soient, il est important qu'elles soient argumentées et que nous disposions des données le plus vite possible. Pensez-vous que nous pourrions les obtenir dans le courant du premier trimestre 2015?

Et même si cette problématique a une dimension fédérale, il ne faut pas non plus oublier qu'il y a des

étudiants qui circulent. Il y a l'équivalence des diplômes, il y a la libre circulation des travailleurs. Nous sommes confrontés à des Belges qui sont refusés et des étrangers qui sont acceptés; des Belges qui peuvent aller travailler à l'étranger. Ce sont des situations qui sont compliquées et qui se croisent inévitablement.

01.14 Maggie De Block, ministre: Merci pour toutes vos questions et tous les éléments que vous avez abordés. Il est clair que c'est un dossier urgent, après quinze ans. Je me dépêche, mais j'ai quand même besoin d'une concertation très large. Cela concerne les trois Communautés. Il faut se rendre compte qu'il y a vraiment des sensibilités différentes dans les trois Communautés.

C'est à moi de négocier. Il faut trouver une solution durable acceptée au Nord, au Sud et dans la Communauté germanophone.

01.15 Kattrin Jadin (MR): Danke schön!

La **présidente**: Peut-on clore ce débat pour aujourd'hui?

01.16 Kattrin Jadin (MR): Pour aujourd'hui.

La **présidente**: Évidemment. En janvier, on organisera les travaux de la commission. Si on veut travailler autrement, on pourra le décider.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation du nombre d'euthanasies" (n° 14)

02 Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toegenomen aantal gevallen van euthanasie" (nr. 14)

02.01 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, c'est un sujet qui me tient à cœur et qui m'a amenée à vous poser cette question.

Dans le courant du mois d'octobre dernier, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie a publié son dernier rapport qui concerne les années 2012 et 2013. Celui-ci fait état d'une augmentation du recours à l'euthanasie de l'ordre de 26 %. Depuis 2002, le nombre des déclarations adressées à la Commission a crû progressivement, mais cette hausse est encore plus forte depuis 2011.

Le cancer reste, comme les années précédentes, la maladie qui se trouve le plus souvent à l'origine des demandes d'euthanasie, mais on observe également une hausse des cas dans lesquels la cause est une combinaison de plusieurs pathologies incurables, une affection neuromusculaire ou une affection cardiovasculaire. Parallèlement, bien que la tranche d'âge des 40 à 79 ans reste la plus concernée, on constate une augmentation des cas concernant les personnes plus âgées (80 à 99 ans) ou plus jeunes (20-29 ans).

Certaines données sont semblables à celles des rapports précédents. On observe toujours une étonnante différence entre le nombre d'euthanasies pratiquées dans le Nord du pays (80 %) par rapport au Sud (20 %). Les déclarations anticipées restent marginales (2 %) et la grande majorité des demandes d'euthanasie concerne des personnes dont le décès est imminent (87 %). Il n'existe pas de cas suspects ayant nécessité une intervention de la justice. Les contrôles se sont faits de manière à respecter strictement et scrupuleusement la loi. On peut s'en réjouir car c'est bien la preuve que notre loi a été très bien faite.

Madame la ministre, pouvez-vous me donner plus de détails sur l'analyse de la Commission quant aux données ci-dessus? Un événement particulier a-t-il causé cette augmentation plus importante depuis 2011? Les rapports précédents, que j'ai lus attentivement pour m'être fortement intéressée à ce sujet, pointaient la nécessité d'informer la population, d'une part, et les métiers du corps médical, d'autre part, de la manière la plus précise sur le sujet.

Des actions particulières ont-elles été prises en ce sens? Le prochain rapport sera particulièrement intéressant car il concernera les années 2014 et 2015, et donc l'analyse de l'extension de la loi aux mineurs,

mais il n'est pas attendu avant 2016. Disposez-vous malgré tout de quelques informations sur les premiers mois de l'application de cette nouvelle réglementation?

02.02 Maggie De Block, ministre: Madame Jadin, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie ne dispose que de données statistiques issues des documents d'enregistrement. Sur cette base, je ne peux donc qu'émettre des hypothèses.

Ces augmentations s'expliquent vraisemblablement par la diffusion progressive de l'information relative aux décisions en fin de vie auprès du public et du corps médical et par une plus large prise de connaissance de la loi, loi qui avait dix ans au moment du recueillement des données pour le rapport 2012-2013. Ces éléments entraînent peut-être une évolution des mentalités. Les personnes entrant dans les critères de la loi oseraient plus facilement aborder la question alors qu'elles ne l'auraient vraisemblablement pas fait auparavant.

En ce qui concerne la disparité entre le nombre d'euthanasies pratiquées dans le Nord du pays et dans le Sud, je ne dispose pas d'éléments permettant de faire la part des raisons qui expliqueraient cette disproportion.

Depuis l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, plusieurs actions particulières ont été prises pour informer la population et les professionnels de la santé. La Commission euthanasie a, à plusieurs reprises, insisté sur l'importance d'informer la population et les médecins sur les possibilités légales de fin de vie en Belgique. Ceci ne se limite pas uniquement à l'euthanasie mais aussi aux autres options comme la rédaction d'une déclaration anticipée de volonté via une planification anticipée de soins.

Sur le site du SPF Santé publique, diverses informations à destination du public, des médecins et des administrations communales sont publiées, non seulement pour expliquer la loi relative à l'euthanasie mais également pour donner des informations sur la déclaration anticipée en matière d'euthanasie.

Le portail belgium.be détaille également, dans sa rubrique "fin de vie", la loi relative à l'euthanasie, ainsi que les conditions et la procédure qu'elle exige.

Par ailleurs, la Commission euthanasie a rédigé et diffusé, dès 2005, une brochure d'information destinée au corps médical. Elle fournit aux médecins des indications sur la portée de certains termes de la loi du 28 mai 2002. Cette brochure explicative a été systématiquement adressée aux médecins qui s'étaient servis du volet 1 du document d'enregistrement d'une euthanasie soit pour émettre une simple remarque soit pour demander des explications complémentaires. Elle est également disponible sur le site internet du SPF Santé publique à la rubrique "euthanasie".

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 28 février 2014 modifiant la loi précitée, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs, un document tout particulièrement destiné à enregistrer l'euthanasie d'un patient mineur non émancipé a été élaboré par les membres de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Il a aussi été mis à la disposition des médecins sur le site web du SPF Santé publique.

Cependant, à la date du 31 octobre, aucun document d'enregistrement d'un mineur non émancipé n'est parvenu à la commission susnommée.

02.03 Kattrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Il s'agit d'un thème difficile, mais je tenais à vous demander ces informations, afin de corroborer ce qui figure dans la presse.

J'entends que le SPF a mis tout en œuvre pour fournir une information aussi complète que possible à ceux qui sont concernés en première ligne par une demande qui pourrait leur être adressée en termes de fin de vie.

La question n'est pas de savoir si l'on recourt massivement à cette loi d'extension qui fut votée naguère par la Chambre. Il s'agit simplement de savoir si cette liberté peut exister.

Je vous remercie vivement, madame la ministre, pour vos éléments de réponse.

La **présidente**: Madame Jadin, j'ai participé voici quelques mois à un colloque réunissant des représentants de médecins flamands et francophones. J'y ai relevé une différence fondamentale: les médecins flamands –

tout comme les Hollandais d'ailleurs -, mentionnent à leurs patients concernés, la possibilité de l'euthanasie parmi les différentes options possibles (soins palliatifs, etc). En revanche, du côté francophone, on ne présente pas cette alternative.

02.04 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, cet aspect reste un mystère pour moi. Je vous remercie pour ces explications.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Mme Vanessa Matz à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la campagne publicitaire menée par un groupe brassicole à Louvain-la-Neuve" (n° 78)

03 Vraag van mevrouw Vanessa Matz aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de reclamecampagne van een brouwersgroep op de campus van Louvain-la-Neuve" (nr. 78)

03.01 Vanessa Matz (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, à l'occasion des 24 heures vélo organisées à Louvain-la-Neuve les 15 et 16 octobre derniers – cela date un peu mais la question a été posée il y a un certain temps – une campagne publicitaire menée par un grand groupe brassicole a fait débat. Des folders publicitaires comprenant des bons de réduction et des slogans tels que "les bons points méritent de bonnes pintes" ont été distribués sur le site universitaire. Cette pratique me paraît tout à fait scandaleuse!

En matière de publicité sur l'alcool, une convention signée par les acteurs concernés (CRIOC, les brasseurs, COMEOS, Test-Achats, etc.) et le Jury d'Éthique Publicitaire a été adoptée en janvier 2013. Elle prévoit notamment l'interdiction de vanter les effets positifs de l'alcool et de cibler les jeunes ou encore la mention obligatoire de la phrase "Une bière brassée avec savoir se déguste avec sagesse".

Cette convention a été modifiée il y a quelques mois vu sa totale inefficacité, comme mon groupe l'a répété à de nombreuses reprises. Elle était et est toujours très interprétable et les sanctions ne sont pas assez importantes. Dans ce domaine, l'autorégulation a largement montré ses limites. Cette nouvelle dérive en est encore un exemple frappant.

Madame la ministre, comptez-vous réagir, ou avez-vous réagi à la publicité à laquelle je fais référence? Cette publicité ne viole-t-elle pas directement la convention qui interdit explicitement de cibler les jeunes?

Comptez-vous évaluer et éventuellement revoir cette convention? Une telle évaluation dans un très bref délai me paraît indispensable. D'une part, l'absence de représentants chargés des questions de santé publique parmi les signataires de la convention est interpellante tant les enjeux de santé liés à l'alcool sont nombreux. D'autre part, la publicité dont il est fait mention ici illustre bien le fait que cette convention n'est pas satisfaisante, que l'autorégulation n'est pas suffisante. Il est temps d'agir! Madame la ministre, comptez-vous prendre des mesures législatives en matière de publicité relative à l'alcool?

Enfin, plus globalement, nous pensons que la lutte contre la consommation excessive d'alcool doit se baser sur un plan national global qui impliquerait les différents niveaux de pouvoir et comprendrait des mesures variées telles que sensibilisation, lutte contre l'alcool au volant, mesures relatives à la disponibilité de l'alcool, publicité, étiquetage des boissons alcoolisées et amélioration de la qualité des soins pour les personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool.

Lors de la législature précédente, la mise en place d'un tel plan a été discutée au sein de la Conférence interministérielle Santé mais il n'a pas été adopté, faute de consensus entre la vingtaine de ministres concernés par le dossier.

Comptez-vous relancer une telle initiative, ou du moins une concertation avec les autres ministres concernés par cette thématique? La lutte contre l'usage nocif de l'alcool, particulièrement parmi nos jeunes, mérite toute notre attention et je souhaite connaître vos priorités par rapport à cette thématique.

03.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Matz, dès que mon administration a pris connaissance de cette campagne, elle a introduit une plainte auprès du Jury d'Éthique Publicitaire le 15 octobre dernier. Une semaine après, le 22 octobre, ce dernier a estimé que la campagne d'AB InBev ne constituait pas une infraction. Cet avis a été publié sur le site internet du Jury.

La convention comporte plusieurs dispositions relatives à la publicité pour les mineurs. Je vais examiner avec mon administration si ces mesures sont suffisamment strictes ou s'il serait préférable de les développer. Néanmoins, je suis convaincue qu'une autorégulation efficace peut avoir lieu dans ce secteur. S'il apparaît qu'elle ne l'est pas suffisamment, de nouvelles initiatives réglementaires pourront être envisagées.

La consommation nocive d'alcool a un impact substantiellement négatif sur notre santé, notre économie, la sécurité routière, etc. Ce problème est trop souvent sous-estimé, mais il mérite en effet qu'on lui accorde une juste attention – a fortiori lorsque des mineurs sont concernés.

Je suis convaincue de la nécessité de la stratégie nationale de lutte contre l'abus d'alcool. Cela implique en premier lieu une collaboration entre les ministres compétents tant au niveau fédéral qu'au sein des entités fédérées. Ensuite, une telle stratégie doit être équilibrée. Cela signifie qu'elle comprend des initiatives visant la prévention, l'assistance, la disponibilité d'un *call* ainsi que la collecte de données, la recherche, etc.

Pour terminer, une telle stratégie doit être étayée. Autrement dit, elle doit être basée sur la recherche scientifique et recueillir un soutien social aussi large que possible. Mon administration a fourni un travail préparatoire substantiel à cet égard. Je vais examiner avec elle s'il est possible d'élaborer une nouvelle proposition au sein, bien entendu, de la Conférence interministérielle Santé publique. Le but est de répondre aux exigences déjà mentionnées.

03.03 Vanessa Matz (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je suis contente d'entendre que vous voulez mettre sur pied une nouvelle stratégie nationale associant les différents niveaux de pouvoir sur cette thématique. En effet, je pense savoir que, la dernière fois, ce plan national a échoué de peu. Je me réjouis donc de votre intention de relancer la machine, si je puis m'exprimer de la sorte.

Cela dit, j'ai pris connaissance de la motivation du Jury d'Éthique Publicitaire selon laquelle ce dernier ne peut sanctionner l'alcool que quand la publicité fait valoir le fait qu'en buvant de l'alcool, on peut faire la fête. Autrement dit, on ne peut faire la fête qu'en buvant de l'alcool. Je ne suis pas certaine que la différence soit grande lorsque l'on laisse entendre qu'en buvant de l'alcool, on devient malin et on a de bons points. En tout cas, elle est très ténue. Sur ce point, la jurisprudence du Jury d'Éthique Publicitaire est, selon moi, pour le moins étrange.

L'autorégulation démontre clairement ses limites par rapport à ce type de publicité. Je ne peux donc être d'accord avec vous quand vous dites que l'autorégulation est efficace. La publicité pour les 24 heures à laquelle j'ai fait référence constitue clairement une dérive qui n'a pas été sanctionnée par l'autorégulation, ni par le Jury d'Éthique Publicitaire. La question se pose donc de savoir s'il ne faudrait pas, dans ce domaine précis, faire un pas supplémentaire et envisager l'élaboration d'une législation.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 95, 96, 97, 98 et 342 de Mme Nathalie Muylle, malade, sont transformées en questions écrites.

04 Questions jointes de

- Mme Vanessa Matz à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement" (n° 127)
- M. Alain Mathot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction de la durée de séjour en maternité après un accouchement ordinaire" (n° 160)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'optimisation des soins post-partum en cas de réduction du nombre de journées d'hospitalisation pour un accouchement sans complications" (n° 184)

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Vanessa Matz aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling" (nr. 127)

- de heer Alain Mathot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling zonder complicaties" (nr. 160)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "optimale postpartumzorg na verkorting van ligdagen bij een bevalling zonder complicaties" (nr. 184)

04.01 Vanessa Matz (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, le raccourcissement du séjour en maternité après un accouchement est envisagé par le gouvernement comme une mesure permettant de faire des économies dans le cadre du budget de notre système de soins de santé. Cette mesure m'interpelle!

S'il est vrai que la durée du séjour en maternité après un accouchement en Belgique est en moyenne un peu plus longue que dans de nombreux autres pays occidentaux, la comparaison ne peut pas s'arrêter là. D'autres critères tels que les services et l'accompagnement proposés à la jeune maman et à son nouveau-né à leur retour à domicile sont déterminants et varient fortement d'un pays à l'autre. Le Centre fédéral d'expertise (KCE) estime que la mise en place de cette mesure de raccourcissement de la durée de séjour en maternité doit s'intégrer dans une réorganisation fondamentale des soins postnatals.

Madame la ministre, comptez-vous mettre en place cette réorganisation profonde des soins, comme le préconise le KCE, notamment concernant un meilleur suivi à domicile de la jeune maman et de son nouveau-né? Dans l'affirmative, quelles mesures précises comptez-vous mettre en place pour assurer ce suivi de qualité à domicile?

Une réflexion a-t-elle été menée pour connaître l'impact d'une telle mesure à la fois en termes de santé pour les mères et les nouveau-nés et en termes financiers? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous informer des résultats de cette réflexion?

Le séjour à l'hôpital est un moment où la jeune maman est entourée et accompagnée dans les premiers gestes liés à sa nouvelle identité de mère. Elle peut recevoir les soins dont elle a besoin mais également faire appel à des professionnels compétents qui prendront le temps de lui apprendre les bons gestes, de répondre à ses inquiétudes et à ses questions. Le raccourcissement de la durée de ce séjour ne risque-t-il pas de conduire à un affaiblissement de cet accompagnement et d'avoir des conséquences désastreuses pour les femmes particulièrement vulnérables et leurs nouveau-nés?

04.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, met deze vraag zit ik werkelijk midden in mijn praktijkervaring, dus ik ben absoluut tevreden dat ik de kans krijg om daarover een aantal vragen te stellen. Vanuit mijn vroegere job is de KCE-studie er trouwens gekomen, die zeer interessante aanbevelingen formuleert.

Ik ben er zelf voorstander van, na een vergelijking met de landen rondom ons, om de inkorting van het aantal ligdagen na een niet-gecompliceerde bevalling in overweging te nemen. Er bestaan daaromtrent namelijk al zeer goede *evidence-based* praktijkvoorbeelden, zeker in Vlaanderen. In landen zoals het Verenigd Koninkrijk bedraagt het aantal ligdagen een tot twee. Dat impliceert natuurlijk goede randvoorwaarden, een goede samenwerking tussen kraamklinieken en de eerstelijns- en tweedelijnszorg. Die samenwerking moet ook gestructureerd worden, met zorgpaden enzovoort. Dat impliceert ook, zoals het KCE trouwens zegt, dat vroedvrouwen in dat traject een beter loon moeten ontvangen. Aan die nomenclatuur moet een en ander veranderen, maar ook aan hun functie en rol binnen de eerstelijnszorg; en in de samenwerking met de tweedelijnszorg moeten zij een duidelijkere plaats krijgen.

Ik steun de aanbevelingen van het KCE uiteraard.

Mevrouw de minister, naast die aanbevelingen wil ik vanuit mijn eigen praktijkervaring voor u de volgende vragen formuleren.

Bent u het eens met de aanbevelingen van het KCE en zult u ze invoeren?

Welke concrete maatregelen zult u nemen om het financieringssysteem te hervormen en om de postnatale thuiszorg beter te ondersteunen, wetende dat dit qua kraamhulp een bevoegdheid is die u met de deelstaten deelt?

Mogen vroedvrouwen van u rekenen op een beter loon en betere werkomstandigheden?

Hebt u een overleg gepland met alle betrokken actoren, zoals gynaecologen, neonatologen, huisartsen, vroedvrouwen, kraamklinieken en expertisecentra kraamzorg?

U kondigt in het algemeen besparingen aan in de gezondheidszorg. Vindt u dat er bespaard kan worden bij de start van het leven? Voor mij luidt het antwoord neen, maar ik hoor uw antwoord graag.

U kondigt daarnaast ook efficiëntiewinsten aan. Misschien ziet u de inkorting van het aantal ligdagen als een efficiëntiewinst. Daarover had ik uw visie graag gekend.

04.03 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chers collègues, l'étude du KCE a été publiée fin octobre (rapport n° 232). Ce rapport mentionne une durée de séjour moyenne de 4,1 jours en Belgique. Or, les données de facturation de l'INAMI montrent une durée de séjour moyenne facturée de 4,5 jours. En 2015, nous allons adapter le système de facturation pour qu'il coïncide davantage à la durée de séjour réelle. En effet, le séjour réel ne change pas encore. Il s'agit d'adapter le système de facturation en fonction de la présence à l'hôpital. Ceci entraînera une économie de 11,7 millions d'euros en 2015 et de 14 millions en 2016.

L'étude du KCE a analysé les conséquences d'un retour précoce à domicile (moins de 48 heures ou de 72 heures selon les études) pour les mères et leurs nouveau-nés. Il est tout d'abord important de souligner que cette estimation concerne des accouchements par voie basse sans complication, des mères en bonne santé ainsi que des bébés en bonne santé.

La littérature internationale propose une analyse de l'impact d'un retour précoce à domicile. Dans cette configuration, aucune conséquence négative n'a été démontrée. Cette absence de conséquence négative implique par ailleurs que le dépistage néonatal soit organisé à domicile. Une attention particulière devra être portée aux familles vulnérables, aux primipares, aux mères très jeunes, aux mères célibataires ou isolées.

Si, à terme, nous voulons également aligner la durée d'hospitalisation des patientes belges sur la durée moyenne de 72 heures dans les pays de l'OCDE, une réorganisation des soins postnatals et un investissement dans ce secteur s'imposent. J'entends préparer cette réforme en 2015, notamment en concertation avec les sages-femmes, les organisations telles que Kind & Gezin, l'ONE et DKF, des spécialistes et mes administrations.

Het Kenniscentrum heeft een theoretische raming gemaakt op basis van een ziekenhuisverblijf van drie dagen, aangevuld met twee huisbezoeken door een vroedvrouw. Daaruit blijkt dat de vervanging van een deel van het ziekenhuisverblijf door thuiszorg voor het Belgische systeem besparingen kan opleveren van 264 euro tot 431 euro per verblijf. Dit bedrag hangt af van het feit of er wel of geen moederschapshulp is bij de terugkeer naar huis.

Uit een studie van de ULB blijkt inderdaad dat de werklast minder zwaar is tijdens de laatste dagen van het ziekenhuisverblijf. Die werklast kan thuis voor een lagere kostprijs worden opgevangen. Het maken van een globale schatting voor heel België is onmogelijk, daar het moeilijk is nauwkeurig in te schatten hoeveel vrouwen voor een korter ziekenhuisverblijf in aanmerking zouden komen. Het moet gaan om vrouwen zonder complicaties en waar de sociaal-economische context van het gezin een vroege terugkeer mogelijk maakt.

Vooraleer het systeem wordt ingevoerd, beveelt het Kenniscentrum dan ook aan de haalbaarheid ervan te testen via pilootprojecten. Het houdt immers, zoals al gezegd is, een multidisciplinaire zorg voor moeder en kind in, waarvoor het financieringsmechanisme aangepast zal moeten worden.

Les points suivants devront retenir notre attention particulière. Tout d'abord, une charge de travail pouvant devenir excessive dans les maternités à la suite de la concentration de soins en trois jours. En second lieu, la disponibilité d'un nombre suffisant de sages-femmes pour le suivi à domicile. Troisièmement, le mécanisme de financement le plus approprié avec la revalorisation du travail de sage-femme pour la préparation et le suivi du travail à domicile.

Wij moeten natuurlijk niet wachten tot de bevalling. Het is de bedoeling dat de vroedvrouw ook voor de geboorte al contact heeft met de zwangere vrouw.

L'analyse de ces facteurs permettra d'assurer aux femmes et à leur nouveau-né une qualité de soins similaire à ce qu'elles connaissent actuellement tout en réalisant des économies éventuelles.

Les gains potentiels financiers couvrent au minimum un maintien de la qualité des soins et un suivi correct à domicile.

La diminution de la durée du séjour à l'hôpital sera comblée par le suivi à domicile évitant une absence de soins entre la sortie d'hôpital et la prise en charge par les organisations que j'ai nommées.

Les deux autres éléments à prendre en considération pour l'amélioration de l'efficacité du système sont, par ailleurs, la préparation du *post partum* pendant la période prénatale et l'amélioration de la coopération entre les différents professionnels.

La préparation du *post partum* durant le suivi prénatal permet de détecter d'éventuels problèmes auxquels les familles devront faire face lors de l'arrivée d'un bébé. Ces écueils prolongent souvent le séjour à l'hôpital et actuellement, de nombreuses activités d'éducation et d'information aux parents sont effectuées lors du séjour hospitalier. Ces activités peuvent être partiellement transférées vers la période prénatale, moment plus opportun pour recevoir l'information et faire les choix nécessaires pour l'organisation de la période postnatale.

Cette préparation prénatale améliorerait la transition entre l'hôpital et le domicile.

En ce qui concerne l'amélioration de la coopération interprofessionnelle, c'est une seconde condition pour optimiser l'efficacité du système. La surconsommation d'exams et diagnostics, tels que l'imagerie ou la biologie clinique, l'omission des dépistages néonataux, l'abandon des programmes de vaccination, le dépistage de la dépression postnatale, pourraient être évités grâce à l'amélioration de la collaboration et de la communication interprofessionnelles.

Cette coopération interprofessionnelle nécessitera en outre un coordinateur de soins, un dossier médical électronique partagé et intégré dans le dossier médical global, ainsi que la création d'une plate-forme nationale pour les soins périnataux.

Als conclusie kunnen wij, op basis van voorbeelden uit het buitenland, stellen dat de kwaliteit van de zorg niet verlaagt door een kort ziekenhuisverblijf met thuiszorg nadien, die dus zoals aangekondigd daarvoor al werd geregeld.

Volgens het door het Kenniscentrum berekend theoretisch model zou dit alternatief voor België een financieel gewin opleveren. Het is moeilijk te kwantificeren. Wij moeten natuurlijk eerst met pilootprojecten werken om het precieze aantal betrokken vrouwen te bepalen. De efficiëntie moet ook nog worden geëvalueerd.

Bovendien betekent een dergelijke hervorming een reorganisatie van de postnatale zorg en investeringen in de sector. Er zal een uitvoerige consultatieronde gebeuren waarin de expertise van de vroedvrouwen, zoals u mevrouw Dedry, zal worden opgenomen.

04.04 Vanessa Matz (cdH): Merci, madame la ministre. Votre réponse me satisfait à moitié. J'espère que si nous envisageons ce retour plus rapide à la maison, cela se fera corrélativement à des soins très importants à domicile. Vous, comme professionnelle de la santé, et moi, comme mandataire locale ou tout simplement comme mère, nous savons que rentrer à la maison dans un environnement où la femme peut se retrouver seule, sans famille, est terriblement difficile. Cela peut parfois générer des problèmes comme ceux que nous lisons dans les faits divers de nos journaux.

Pour moi, si l'on passe à un régime plus léger au niveau du séjour à la maternité, il faut assurer un véritable suivi de la mère et du nourrisson. Il ne suffit pas de veiller à faire passer de temps en temps quelqu'un à domicile, mais il faut un vrai suivi. On sait que certaines femmes se retrouvent très démunies lorsqu'elles rentrent à la maison.

04.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben verheugd dat u bijna alle aanbevelingen van het KCE ter zake in overweging wil nemen. Ik vind het ook een goed idee dat u dit met pilootprojecten wil uittesten.

Ik ben zelf geen vroedvrouw, ik ben sociologe, maar ik behartig de belangen van de minstbedeelden op de eerste lijn. Vandaar dat ik opkom voor de belangen van de vroedvrouwen.

Er zijn een paar details waarvan ik denk dat ze onvoldoende zijn, zoals slechts twee dagen huisbezoek, wat te weinig is, maar dat zijn praktische uitwerkingen.

Globaal ben ik tevreden met uw antwoord en hoop ik dat wij een en ander met pilootprojecten kunnen uittesten.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exclusion des homosexuels du don de sang" (n° 148)

05 Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het uitsluiten van homoseksuelen van het geven van bloed" (nr. 148)

05.01 Véronique Caprasse (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, notre pays connaît une pénurie de sang toujours plus importante. Très régulièrement des appels aux dons sont lancés par le biais des médias. Au cours de l'été 2013, la Croix-Rouge tirait d'ailleurs la sonnette d'alarme.

Dans le même temps, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont, pour le seul motif d'être homosexuels, exclus de facto de la possibilité de donner leur sang. Le questionnaire de la Croix-Rouge contient notamment la question: "Avez-vous des rapports sexuels avec un autre homme". À la suite viennent d'autres questions telles que "Consommez-vous des drogues?", "Êtes-vous séropositif", etc.

L'homosexualité est ainsi mise sur le même pied que des comportements à risque avéré, autrement dit des comportements qui ne permettent pas de s'assurer du bon état de santé du candidat donneur. Une telle situation a été remise en cause par le Conseil de l'Europe en 2013 en adoptant une résolution relative aux comportements sexuels chez les donneurs de sang ayant un impact sur la sécurité transfusionnelle. La résolution précise en effet que les comportements sexuels à risque sont des comportements exposant les individus concernés à un risque ou à un risque élevé de contracter des maladies infectieuses graves susceptibles d'être transmises par le sang. On ne parle donc en aucun cas d'une orientation sexuelle particulière qui devrait être exclue de manière définitive.

L'avocat général de la Cour de Justice européenne a lui aussi dénoncé cette exclusion durant cet été. Il estime en effet – et à raison, nous semble-t-il – qu'une relation sexuelle entre deux hommes n'est pas, en soi et à elle seule, constitutive d'un comportement qui justifierait l'exclusion permanente du don de sang. Cette exclusion consiste ainsi en une double discrimination fondée sur le sexe et sur l'orientation sexuelle, ce que nous ne pouvons accepter. Elle est en outre incohérente en ce qu'une personne hétérosexuelle qui entretient des rapports non protégés de manière régulière n'est, elle, frappée que d'une contre-indication temporaire.

En conséquence, madame la ministre, pouvez-vous me dire si des statistiques fiables existent quant à la situation épidémiologique propre à la Belgique?

Un groupe de travail se penche-t-il à nouveau sur cette question et, dans l'affirmative, quand aura-t-on les résultats de ces travaux?

Le questionnaire de la Croix-Rouge sera-t-il revu comme le demande la Cour de Justice? Dans l'affirmative, dans quel délai?

Une concertation est-elle prévue à ce sujet avec vos homologues européens?

05.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame la députée, chaque patient a le droit de recevoir du sang aussi sûr que possible. La décision concernant la non-acceptation des candidats donneurs masculins qui ont eu des contacts sexuels avec un autre homme est basée sur l'évaluation du risque de contamination. Le risque d'une contamination par le VIH est plusieurs fois supérieur pour les hommes qui ont eu des rapports sexuels avec un autre homme. Ceci ressort du dernier rapport de l'Institut scientifique de

la Santé publique concernant la situation épidémiologique.

Le Comité européen sur la transfusion sanguine du Conseil de l'Europe a récemment pris l'initiative de créer un groupe de travail. Ce dernier a pour objectif de mener des activités de suivi telles que mentionnées dans les recommandations de la résolution et de parvenir ainsi à une interprétation harmonisée des critères d'exclusion à l'échelle internationale. Vu que le groupe de travail vient d'être créé, une révision du questionnaire de la Croix-Rouge me semble prématurée.

Une autre recommandation de la résolution est son réexamen à la lumière de l'expérience acquise. À ce moment, une concertation avec mes homologues européens est prévue.

05.03 Véronique Caprasse (FDF): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'estime que quand quelqu'un veut donner du sang, qu'il soit hétéro- ou homosexuel, il s'agit d'une personne responsable! Les candidats donneurs de sang ne sont pas ceux qui ont eu des comportements à risque. Il est très injuste de mettre les homosexuels sur un autre pied que les hétérosexuels, qui ont parfois aussi des comportements à risque.

La **présidente:** C'est une question qui a déjà souvent été posée et à laquelle il faudra trouver une réponse!

05.04 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas à nous de décider. Cette décision revient à la Croix-Rouge.

05.05 Véronique Caprasse (FDF): J'entends bien mais il est important de l'évoquer car notre société est faite comme cela!

05.06 Maggie De Block, ministre: Cette question a été évoquée plusieurs fois dans cette commission depuis quinze ans!

05.07 Véronique Caprasse (FDF): On tape sur le clou!

La **présidente:** Vous faites bien, madame Caprasse!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les normes d'agrément des services collaborant à l'aide médicale urgente au sein des zones de secours" (n° 158)

06 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenningsnormen voor de diensten die betrokken zijn bij de dringende medische hulpverlening in de hulpverleningszones" (nr. 158)

06.01 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, vous n'êtes pas sans savoir que la mise en œuvre des zones de secours prévue pour le 1^{er} janvier 2015 suscite plusieurs questions, notamment en ce qui concerne l'agrément des services ambulanciers. Si je vous interroge à ce sujet, c'est parce que j'ai le bel avantage de présider une zone de secours, laquelle est confrontée à quelques difficultés.

Celles-ci découlent d'une circulaire ministérielle relative à la continuité des missions d'aide médicale urgente au sein des zones de secours. Le texte mentionne qu'il revient au ministre de la Santé publique, après concertation avec le ministre de l'Intérieur, de fixer les normes d'agrément des services qui collaborent à l'aide médicale urgente. À défaut, la circulaire susmentionnée prévoit que les zones maintiendront les points de départ et les départs complémentaires des services ambulanciers actuellement agréés.

Madame la ministre, ma question est simple. Où en est-on de la définition des nouvelles normes d'agrément? Avez-vous déjà consulté le ministre de l'Intérieur à ce sujet? Dans la négative, quand cela pourra-t-il être prévu? Enfin, dans l'hypothèse où vous auriez déjà pris cette initiative, quand les nouveaux agréments pourraient-ils être octroyés? Je vous remercie par avance des réponses qu'il vous plaira de nous apporter.

06.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, vous avez pu lire dans l'accord de gouvernement

que nous voulons, durant cette législature, actualiser l'organisation, la tarification et le remboursement de l'aide médicale urgente. J'ai demandé à mon administration et au Conseil national des secours médicaux d'urgence de préparer, en concertation avec le secteur, une feuille de route en ce domaine.

Vu la thématique bien précise des services ambulanciers des zones de secours, mon collègue de l'Intérieur sera aussi impliqué. Par conséquent, j'ai rendez-vous avec lui le mois prochain.

06.03 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, je souhaite que Mme la ministre ait le rendez-vous le plus agréable possible avec son collègue, M. Jambon.

La **présidente**: Vous êtes trop bon!

06.04 Daniel Senesael (PS): J'en déduis que, pour l'instant, la situation se maintient en ce qui concerne les départs des services ambulanciers actuellement agréés. À la suite de cette rencontre, je suppose que la feuille de route pourra indiquer clairement les nouvelles modalités d'application dès le début 2015.

En effet, vous n'êtes pas sans savoir que les ambulanciers et les services médicaux sont dans l'attente des modalités pratiques qui devront être suivies.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surconsommation de médicaments" (n° 161)

07 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overconsumptie van geneesmiddelen" (nr. 161)

07.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, vous le savez mieux que moi, la surconsommation de médicaments en Belgique est un véritable problème. Les chiffres montrent que la consommation de médicaments remboursés a doublé en 14 ans. Les acteurs du secteur abondent en ce sens. C'est ce que révélait la presse en septembre dernier. Je vous ai déjà entendu dire à plusieurs reprises que depuis quinze ans dans ce parlement, il est question de cette problématique; excusez-moi mais je suis nouveau!

Le médicament serait à présent devenu un produit de consommation courante. Inutile de préciser les effets négatifs d'une telle surconsommation sur l'environnement, sur la santé en général, sur le portefeuille du patient et sur le budget de la sécurité sociale.

Dans cette situation, bien que chacun ait une part de responsabilité - loin de moi de montrer du doigt l'un ou l'autre -, il semblerait que l'industrie pharmaceutique soit en cause.

Madame la ministre, de nombreuses mesures ont été prises ces dernières années pour limiter la surconsommation de médicaments mais également pour préserver le budget de la sécurité sociale. Je pense notamment à l'imposition faite aux pharmaciens de délivrer le médicament le moins cher en ce qui concerne par exemple les antimycosiques et antibiotiques.

Une enquête récente a démontré que près de 90 % des "clients" sont influencés par le marketing des pharmacies, que 21 % des médecins sont influencés par le marketing des firmes et que 74 % des généralistes estiment que la pub pousse à consommer.

Madame la ministre, n'y a-t-il pas lieu d'agir également sur ce levier? Quelles sont les mesures prises ou qui pourraient être prises afin de limiter les effets de la publicité sur la consommation de médicaments en Belgique? Je vous remercie.

07.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, cher collègue, dans sa décision d'avoir recours à l'automédication et dans son choix d'utiliser un certain médicament, le patient peut être influencé par la publicité pour des médicaments en vente libre à laquelle il est exposé dans les divers médias ou sur les comptoirs des pharmacies.

C'est la raison pour laquelle toutes ces publicités destinées au grand public font l'objet d'un contrôle

préalable à leur diffusion, selon les dispositions de la législation sur la publicité des médicaments. Je rappelle toutefois que la publicité pour les médicaments sur prescription reste interdite.

Cette législation repose sur une directive européenne et les États membres doivent s'y conformer.

D'une manière générale, la publicité doit favoriser l'usage rationnel du médicament en le présentant de façon objective et sans en exagérer les propriétés. Elle ne peut pas être trompeuse. Il faut naturellement souligner le rôle primordial joué par le pharmacien en matière d'information des patients, tout spécialement en cas d'automédication. Il doit conseiller les patients en termes d'usage rationnel des médicaments, de comparaison de prix et de choix du conditionnement approprié.

J'ajoute que l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) met tout en œuvre pour donner accès et diffuser une information pertinente sur les médicaments. Elle a créé, sur son site internet, une rubrique avec des informations utiles relatives à des médicaments destinés aux patients.

En 2012, l'AFMPS a lancé une campagne à l'attention du grand public pour une utilisation sûre des médicaments, à savoir: "Un médicament n'est pas un bonbon".

L'AFMPS contrôle également les publicités diffusées auprès des professionnels de la santé. L'offre de primes ou avantages aux médecins, pharmaciens, dentistes et institutions dans lesquelles ont lieu les prescriptions, l'administration ou la délivrance des médicaments est strictement réglementée.

Je souscris cependant à votre analyse: les Belges consomment trop de médicaments.

Dans le cadre du budget 2015 et des économies dans le secteur des médicaments, j'ai proposé des mesures pour réduire la consommation de médicaments.

En concertation avec la BAPCOC (het Belgisch Comité voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid), je prendrai des mesures visant à réduire la quantité d'antibiotiques. Ces mesures permettront également de gérer le problème des bactéries multirésistantes. J'attends d'ailleurs dans les prochains jours un plan d'action de la BAPCOC prévoyant un certain nombre d'objectifs clairement définis.

Nous développerons de nouvelles directives en collaborant avec le CEBAM (het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine) et j'examinerai, comme prévu dans l'accord de gouvernement, en concertation avec mes collègues des entités fédérées, les possibilités de maîtrise de la consommation abusive des médicaments dans les établissements.

Les médecins recevront un feedback de l'INAMI relatif à leur profil de prescription et de nouveaux indicateurs seront développés.

Le public doit être davantage sensibilisé à la problématique de la consommation abusive des médicaments.

07.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour cette excellente réponse. Elle contient le rappel de la législation, des bonnes pratiques et du contrôle qui est exercé. J'entends aussi les mesures qui seront prises en 2015 en vue de réduire la consommation des médicaments et le rappel de la campagne "Un médicament n'est pas un bonbon". Dans le cadre de vos responsabilités, j'entends enfin que sensibiliser le public sera une priorité en 2015. Je partage votre avis: la publicité est trompeuse et l'on attribue beaucoup trop de propriétés aux médicaments, le Viagra par exemple.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 163 de Mme Fabienne Winckel est reportée.

08 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement de l'ichtyose" (n° 164)

08 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van ichtyosis" (nr. 164)

08.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, l'ichtyose est une maladie

génétique de la peau qui touche un individu sur 300 000. Bien qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement, il est possible pour les personnes atteintes de cette maladie d'en atténuer les effets visibles par l'application de pommades, plusieurs fois par jour, et ce, tout au long de leur vie. Par ailleurs, il leur est vivement conseillé de suivre deux cures thermales par an, d'une durée de trois semaines chacune, lesquelles leur apportent un meilleur bien-être pour une période de deux à trois mois. Le coût des pommades ainsi que des cures nécessaires pour soulager les symptômes de cette maladie est, bien sûr, très élevé.

Madame la ministre, je ne connaissais pas cette maladie et si je m'adresse à vous, c'est parce que j'ai été sensibilisé par des parents de la région de Mouscron, dont la fille de cinq ans, Rose, est atteinte de cette maladie. Ils ont été contraints de constituer une ASBL et d'organiser différents événements afin de récolter des fonds leur permettant de financer le traitement de leur enfant. C'est la raison pour laquelle j'ai dû courir pendant six heures sans m'arrêter pour faire 61 kilomètres.

Comme nous le savons, l'assurance obligatoire soins de santé n'a pas pour mission de reconnaître telle ou telle maladie mais bien de garantir l'accès aux soins à tous les bénéficiaires en cas de maladie aiguë ou chronique, rare ou pas. La reconnaissance et la meilleure prise en charge des malades chroniques ont retenu fortement l'attention du précédent gouvernement. Un vaste programme intitulé "Priorité aux malades chroniques!" a d'ailleurs été mis en place depuis 2008. Un groupe de travail spécifique "Produits dermatologiques" a ainsi été créé par le Comité consultatif des maladies chroniques.

Madame la ministre, quand pourrions-nous être informés des conclusions de ces travaux? Des avancées en matière d'intervention et de remboursement en la matière ont-elles pu avoir lieu ou auront-elles lieu?

D'avance, je vous remercie, au nom de la petite Rose, des réponses que vous nous apporterez.

08.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Senesael, notre groupe de travail "Produits dermatologiques pour affections dermatologiques chroniques" a remis son rapport au Comité de l'assurance en juillet 2013. Ce groupe de travail a identifié et analysé les problèmes de coût et de qualité liés aux traitements dermatologiques locaux d'usage courant pour les affections susnommées: des préparations magistrales ou commerciales enregistrées comme médicaments et des produits à usage dermatologique enregistrés comme cosmétiques.

En ce qui concerne les préparations magistrales, les problèmes identifiés sont les suivants.

Tout d'abord, la complexité de la législation, qui n'est pas toujours connue des prescripteurs ni bien comprise; elle est sujette à interprétation.

Ensuite, des problèmes de logiciel de facturation utilisés dans les officines publiques. Il existe des différences entre logiciels, avec pour conséquence le rejet du remboursement de certaines formules normalement remboursables et vice versa.

Ensuite encore, des problèmes qualitatifs sur le plan de la prescription de produits non remboursables ou dans l'utilisation d'une préparation commerciale comme base. Il peut aussi s'agir d'une mauvaise connaissance des propriétés pharmacologiques, galéniques ou physiochimiques des produits.

Puis, le formulaire thérapeutique magistral contient trop peu de base pour préparer des gels ou des pâtes à usage oral ou destinés aux muqueuses. Une formule à base de corticostéroïdes et de lidocaïne est nécessaire pour les affections buccales. Par ailleurs, les corticoïdes repris dans les formules proposées sont trop faibles. Celles qui contiennent un corticostéroïde trop fort ne sont pas remboursées. Une formule magistrale pour la salive artificielle serait nécessaire, vu le coût élevé des préparations commerciales non remboursées.

Enfin, l'absence de contrôle de qualité des préparations magistrales.

En ce qui concerne les préparations commerciales enregistrées comme médicaments, le groupe de travail n'a pas constaté de problème particulier.

En ce qui concerne les produits enregistrés comme cosmétiques, le recours à certains d'entre eux (shampoings, savons, huiles de bain, mousses) est souvent nécessaire pour diverses affections

dermatologiques évoluant en maladies chroniques. Dans ce dernier cas, l'utilisation de ce produit est coûteuse. Il est en effet question de 2 050 à 3 000 euros par an. Aucune intervention de l'assurance obligatoire soins de santé n'est prévue pour ce genre de produits.

Le groupe de travail de l'Observatoire a proposé des solutions afin d'améliorer la qualité des soins et réduire les coûts supportés par les patients pour les traitements dermatologiques locaux. Il propose:

- l'introduction de nouvelles formules dans le formulaire thérapeutique magistral;
- des modifications des conditions de remboursement des préparations magistrales en favorisant les formules du formulaire, en réservant certaines formules aux médecins spécialistes, en simplifiant et en clarifiant la législation en la matière;
- la création d'un système de contrôle et de validation des logiciels de facturation utilisés par les officines publiques;
- une meilleure formation des médecins, y compris des médecins spécialistes en dermatologie pour ce qui concerne les préparations magistrales et l'information des prescripteurs;
- le développement d'un logiciel d'aide à la prescription de préparations magistrales;
- l'enregistrement de toutes les préparations magistrales remboursables ou non de manière à permettre une plus grande transparence sur la consommation et l'utilisation des produits, à identifier les problèmes et, ainsi, à rendre possible la prise de mesures adéquates;
- la création d'un système de contrôle de qualité des préparations magistrales;
- une intervention forfaitaire pour les produits enregistrés comme cosmétiques nécessaires aux patients atteints d'une affection dermatologique spécifique grave (huiles, shampoings, savons).

Ce rapport a été transmis aux organes de décision compétents en la matière, à savoir le Conseil technique pharmaceutique et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

Ces deux organes sont en train d'examiner ce rapport et de voir les possibilités de mise en application des propositions. Un projet de forfait pour les produits à usage dermatologique est presque finalisé et pourrait entrer en vigueur en 2015.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'ichtyose, il existe des alternatives aux crèmes et pommades commerciales. La formule thérapeutique magistrale comporte des bases hydratantes et des formules qui présentent toutes les garanties en termes de qualité et de sécurité, y compris le risque d'allergie, ce qui n'est pas le cas avec les formules commerciales dont une partie de la composition est toujours secrète.

L'ichtyose est en effet une maladie rare mais vraiment difficile à traiter. Il est d'ailleurs toujours possible pour cette maladie de demander l'intervention du Fonds spécial de solidarité. Le dossier de demande est composé par le médecin traitant, le pharmacien, les spécialistes. Les possibilités sont nombreuses.

La **présidente**: Il apporte une aide supplémentaire en termes de remboursement.

08.03 Maggie De Block, ministre: Oui.

08.04 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour le caractère complet de votre réponse.

Je suis novice dans cette commission. Je vais donc relire à tête reposée la réponse pour voir le déroulement technique puisqu'on parle tout de même de juillet 2013 et qu'on est toujours occupé par l'analyse du document. Le laps de temps me semble long mais c'est peut-être normal dans ce genre de pratiques.

Je vous remercie par ailleurs vivement d'avoir pris en considération la problématique de la maladie et d'avoir conseillé de s'adresser au Fonds spécial de solidarité. Je ne manquerai pas de relayer l'information à la famille.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 204 de Mme Catherine Fonck est transformée en question écrite.

09 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de transfer van bevoegdheden met betrekking tot geneesmiddelen en medische technologie" (nr. 229)

09 Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le transfert de compétences en ce qui concerne les médicaments et la technologie médicale" (n° 229)

09.01 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, een tijdje geleden vernam ik dat Commissievoorzitter Juncker op Europees niveau zou hebben beslist om de bevoegdheid voor geneesmiddelen en medische technologie over te hevelen van het directoraat-generaal Gezondheid naar het directoraat-generaal Industrie en Interne Markt. Ik maak mij daarover bezorgd en ik leg u uit waarom.

Het verdrag van Europa geeft de Europese Commissie expliciet de opdracht om de bescherming van de volksgezondheid te waarborgen. Het beleid moet garanderen dat alle Europese burgers kwaliteitsvolle, veilige en werkzame behandelingen krijgen. Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen zijn, zoals u even goed weet als ik, geen gewone consumptieproducten: zij zijn niet te vergelijken met andere goederen op de Europese interne markt. De opdracht van de eurocommissaris Industrie en Interne Markt draait om het bevorderen van de concurrentiekracht van de industrie en de Europese economie. Op zich is dat een goed gegeven, maar daarbij staan de economische belangen op de voorgrond, niet de volksgezondheid, waar het de geneesmiddelen en de medische technologie betreft.

Mijn vraag aan u is om dit probleem aan te kaarten, de belangen van onze bevolking te verdedigen en ervoor te zorgen dat de bevoegdheid voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen behouden blijft bij de commissaris voor Gezondheid, waar ze in mijn ogen absoluut thuishoort.

U spreekt op Europees niveau regelmatig met andere ministers. Ik zou heel graag hebben dat u dit standpunt verdedigt voor de Belgische bevolking. Zult u dit doen? Als u dit doet, kunt u dan nog heel snel feedback geven, zodat ik op de hoogte ben van de situatie ter plekke?

09.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Detiège, de Belgische delegatie heeft in het kader van de informele raad van de ministers van Volksgezondheid op 22 en 23 september 2014 in Milaan een schrijven gericht om precies het door u uiteengezette standpunt te verdedigen. Het schrijven werd gericht aan Commissievoorzitter Juncker, maar ook aan de Italiaanse minister van Volksgezondheid, die momenteel het voorzitterschap van de Raad van Ministers waarneemt.

Deze interventie, samen met andere interventies, onder andere van het Europees Parlement en de Europese patiëntenorganisaties, heeft ertoe geleid dat Commissievoorzitter Juncker toch minstens al gedeeltelijk is teruggekomen op deze beslissing tijdens zijn verklaring in het Europees Parlement op 22 oktober 2014.

In zijn verklaring zei hij immers dat geneesmiddelen geen gewone consumptiegoederen zijn zoals de andere en dat de uiteindelijke bevoegdheid hiervoor bij het directoraat-generaal Volksgezondheid moet blijven. Het uitvoeren van deze bevoegdheid moet evenwel in samenwerking met het directoraat-generaal Industrie gebeuren.

De beslissingen blijven dus bij het directoraat-generaal Volksgezondheid, zoals het oorspronkelijk was. Alleen moet er een samenwerking en een informatie-uitwisseling voor de uitvoering zijn.

Voor het domein medische hulpmiddelen moeten wij wachten tot de Europese Commissie meer duidelijkheid verschaft. Ik ben het met u eens dat ook dit domein de bevoegdheid van het directoraat-generaal Volksgezondheid moet blijven.

Ik zal dit standpunt op de volgende raden zeker blijven verdedigen en het van nabij blijven opvolgen. Ik denk dat dit inderdaad belangrijk is voor de sector van de medische hulpmiddelen. Het kan heel belangrijk zijn voor een patiënt dat dit domein in het kader van het directoraat-generaal Volksgezondheid wordt bewaakt.

09.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor dit antwoord. Ik ben heel blij met de informatie die u mij vandaag geeft, want ik was echt bezorgd, gelet op de impact op de mensen en op onze gezondheid in België.

U zegt dat dit inzake de geneesmiddelen eigenlijk al zo goed als beslist is. Als het gaat over medische hulpmiddelen, moet nog wat worden afgewacht. Ik hoop dat ik later ook daarover nog de nodige input kan krijgen.

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

10 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het individueel voedingsadvies voorbehouden aan diëtisten" (nr. 230)

10 Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis diététique individuel réservé aux diététiciens" (n° 230)

10.01 Maya Detiège (sp.a): Deze vraag gaat over het individueel voedingsadvies dat voorbehouden is aan diëtisten. Die mensen hebben mij gesproken en hadden een aantal bekommernissen die ik vandaag graag wil uiten. Diëtist is een erkend paramedisch beroep met strenge kwalificatievereisten voor de uitvoering ervan. De handelingen en de lijst van technische prestaties waarmee de diëtist door een arts kan worden belast, werden opgenomen in een KB van 1997.

Wie die handelingen verricht zonder erkend te zijn als diëtist, maakt zich schuldig aan onwettige uitoefening van het beroep. Toch wordt vastgesteld dat er de laatste jaren steeds meer voedingsconsulenten, gezondheidsconsulenten of afslankconsulenten opduiken, die weliswaar goedbedoeld, maar niet wetenschappelijk onderbouwd advies geven, met soms schadelijke tot gevaarlijke gevolgen. Dat heeft de VBVD, de Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten, gezegd.

Zij hebben ook een aantal voorbeelden gegeven. Zij zeggen bijvoorbeeld – dat weten wij alle twee wel – dat een onnodig levenslang dieet zonder gluten een tekort aan vitaminen en mineralen kan geven. Een langdurig koolhydraatvrij dieet kan de hersenfunctie aantasten. Een proteïnedieet, de hype van tegenwoordig, kan voor mensen met hart-, nier- en leverproblemen blijvende schade berokkenen en kan zelfs in bepaalde gevallen fataal zijn, als men er geen goede begeleiding bij krijgt. Het schrappen van dierlijke melkproducten kan dan weer leiden tot osteoporose in erge graad.

Volgens de VBVD zou de algemene kennis over gezondheid in combinatie met voeding er de laatste jaren ernstig op achteruitgegaan zijn. Die evolutie is absoluut niet goed. Daarom heb ik voor u een aantal vragen.

Ten eerste, gelet op de signalen die ik krijg vanuit de sector, zou het misschien niet slecht zijn om met de beroepsvereniging, het ministerie van Onderwijs en het ministerie van Werk te bekijken hoe het juist zit met die opleidingen van voedingsconsulent. Moeten een aantal zaken gecorrigeerd worden?

Ten tweede, vandaag zijn de raadplegingen voor voedings- en dieetadvies niet in de verplichte verzekering opgenomen. De aanvullende ziekteverzekering betaalt daarvan maar een klein gedeelte terug. Ziet u mogelijkheden om die drempel te verlagen? Gelet op de debatten in het verleden in de commissie, kunnen wij ons in een eerste fase op jongeren focussen. Voor hen kan het voor heel hun leven een stempel betekenen. Jongeren die op heel jonge leeftijd obees zijn, kunnen op oudere leeftijd diabetes krijgen en er niet meer van verlost raken. Het is essentieel dat zij van bij de start daarvan bewust gemaakt worden en dat de overheid daarin een rol speelt.

10.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Detiège, het probleem dat u aanhaalt, is een heel reëel probleem op het terrein en heeft niet alleen betrekking op diëtisten. De Nationale Raad voor de Paramedische Beroepen bespreekt deze kwestie heel regelmatig.

Naast de degelijke opleidingen die worden georganiseerd door de bevoegde autoriteiten in de Gemeenschappen, worden er inderdaad ook meer en meer kortere en snellere opleidingen georganiseerd. In bepaalde gevallen spelen die in op de behoefte van de arbeidsmarkt, maar in andere gevallen zijn die opleidingen niet aanvaardbaar of degelijk genoeg.

Ervoor zorgen dat de opleiding van de gezondheidswerkers afgestemd is op de bekwaamheden die men van hen verwacht, is even belangrijk als niet toestaan dat een gezondheidsberoep wordt uitgeoefend door iemand die daarvoor niet de juiste opleiding heeft genoten.

Om die twee kwesties, de bekwaamheid en de opleiding, te kunnen aanpakken, ben ik van plan om de komende maanden met mijn collega's-ministers van Onderwijs van de Gemeenschappen aan tafel te gaan zitten. Dat zou bijvoorbeeld kunnen in het raam van de reeds bestaande Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, waarbij wij dan ook de ministers van Onderwijs kunnen uitnodigen voor een werkgroep over die kwesties.

Iemand die een gezondheidsberoep uitoefent, bijvoorbeeld diëtist, zonder daarvoor erkend te zijn door de bevoegde autoriteit, kan gerechtelijk worden vervolgd. Dat is jammer genoeg altijd na de feiten. Als men vaststelt dat iemand een gezondheidsberoep onwettig uitoefent, moet men dat ook aan de overheid melden.

Voor de financiering bij raadpleging van een diëtist en de terugbetaling ervan door de ziekteverzekering, moet men eerst en vooral weten dat hierin al is voorzien voor bepaalde pathologieën. Ik denk aan de diabetespatiënten, aan wie twee dieetadviezen per jaar, terecht, volledig worden terugbetaald door de ziekteverzekering, of aan de aanzienlijke financiering van de opvolging van kankerpatiënten met het oog op het vermijden van malnutritie in de oncologische zorgprogramma's.

Momenteel kent het RIZIV in de verplichte verzekering wel alleen vergoedingen toe voor de raadplegingen van houders van de bijzondere beroepstitel van diëtist die als dusdanig zijn erkend bij de FOD Volksgezondheid.

In het raam van de huidige budgettaire context kan ik mij voor 2015 ook niet engageren voor een uitbreiding van de terugbetaling tot andere adviezen. Men moet er ook rekening mee houden dat dieetleer nog belangrijker is voordat ziektes zich voordoen, dus preventief. Zoals u weet, behoort preventie tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

De laatste keer dat een federale minister van Volksgezondheid initiatieven ter zake heeft genomen met het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België, kwam er nogal wat reactie van de Gemeenschappen. Zij vonden dat immers niet aanvaardbaar. Volgens hen ging de federale minister zijn boekje te buiten met die maatregelen. Ik zal dan ook niet nalaten om hierover te overleggen met de Gemeenschappen, zodat zij ook de initiatieven kunnen nemen die zij wensen.

In het regeerakkoord staat ook dat wij in de toekomst met gezondheidsdoelstellingen moeten werken. Als wij bijvoorbeeld weten dat 500 000 mensen lijden aan diabetes type 2, dan lijkt het mij evident dat wij ons, in het verlengde van de maatregelen van de Gemeenschappen en provincies, ook in de gezondheidsdoelstellingen inschrijven. Zo kunnen wij komen tot één zorgcontinuüm, van in de prefase tot de follow-up van de ziekte.

10.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, u hebt een heel duidelijk antwoord gegeven.

Ik ben enorm verheugd dat u met de minister van Onderwijs wilt samen zitten en eventueel een werkgroep wilt opstarten om te bekijken hoe men het niveau van de opleidingen kan verbeteren. U beaamt zelf immers dat zij vaak niet degelijk zijn. Aangezien het een van de grote problemen in de gezondheidszorg wordt, is het goed om daaraan te werken.

Wat de financiering betreft, is er een terugbetaling voor bepaalde pathologieën, bijvoorbeeld diabetes of kanker. Dat is echter nog minimaal. Ik heb een voorbeeld aangehaald van een jonge patiënt met wie ik echt begaan was. Wij moeten investeren in die jongeren. Het gaat dan zelfs niet over preventie. Het gaat immers over kinderen die thuis zakken chips eten en veel cola drinken, die veel in de zetel zitten en veel te weinig bewegen. Zij hebben een heel foute levensstijl.

Er kan effectief met andere niveaus samen worden gezeten, maar men moet effectief naar een oplossing zoeken en bekijken hoe het staat met de voeding op school en de terugbetaling van de diëten. We moeten verder kunnen kijken dan het bevoegdheidsconflict, zodat we tot een oplossing voor die situatie en voor die jongeren kunnen komen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre la poliomyélite" (n° 236)

11 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inenting tegen polio" (nr. 236)

11.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, la poliomyélite est, comme nous le savons, une maladie très contagieuse provoquée par un virus qui envahit le système nerveux et qui peut avoir de lourdes conséquences sur le développement des enfants qui en sont infectés. Des paralysies

irréversibles, des jambes en général, peuvent survenir dans un cas sur 200. Entre 5 et 10 % des malades paralysés décèdent lorsque leurs muscles respiratoires cessent de fonctionner.

Selon l'OMS, les cas de poliomyélite ont diminué de plus de 99 % depuis 1988, passant de 350 000 à 1 604 cas notifiés en 2009. Cette baisse est le fruit de l'effort mondial d'éradication de cette maladie. Mais tant qu'un seul enfant restera infecté, tous les enfants risqueront de contracter la maladie. En 2009-2010, 23 pays ont été réinfectés par la poliomyélite en raison d'une importation du virus. L'OMS insistait ainsi en 2013 sur la vulnérabilité de nombreux pays européens face à la résurgence du virus de la polio.

La vaccination contre la poliomyélite a été introduite en Belgique en 1958 et elle a été rendue obligatoire via l'arrêté royal du 26 octobre 1966. Depuis janvier 2001, le vaccin imposé pour la vaccination obligatoire est le vaccin injectable inactivé renforcé. La composition qualitative complète et la composition quantitative en principes actifs de ce vaccin sont reprises dans la notice qui l'accompagne.

Par ailleurs, l'article 8 de la loi sur le droit des patients de 2002 prévoit également que "le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable". Actuellement, certains estiment encore qu'il existe une contradiction entre ces deux législations alors que l'arrêt rendu par la Cour de cassation, le 18 décembre 2013, précise clairement que "le droit du patient de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel, consacré par la loi d'août 2002, ne tient pas l'obligation vaccinale en échec, celle-ci étant fondée sur des considérations de protection de la santé publique, laquelle participe de l'ordre public."

Madame la ministre, chez nous, la polio n'a plus été détectée depuis 1979. Nous pouvons donc dire qu'en Belgique, comme dans d'autres pays européens, la maladie semble avoir été éradiquée. Certains de ces pays ont d'ailleurs retiré ce vaccin de la liste des vaccins obligatoires. Seules la Belgique et la France pratiquent actuellement l'obligation vaccinale contre la poliomyélite.

Vu l'importance de la question en termes de santé publique, un avis avait été sollicité auprès du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) sur la pertinence de maintenir ou non cette obligation vaccinale. Une collaboration a ensuite été initiée avec le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Le CSS et le Comité de Bioéthique s'étaient engagés à fournir leur avis conjoint pour septembre 2013 au plus tard.

Cet avis a-t-il pu être rendu? Quelles sont ses conclusions? Des modifications dans les modalités pratiques de notification sont-elles envisagées sachant qu'il n'existe pas de traitement contre la poliomyélite et que la seule façon de lutter contre cette maladie demeure la vaccination? Des précisions devraient-elles être apportées à la législation existante malgré l'avis clair rendu sur cette question par la Cour de cassation?

11.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Frédéric, malheureusement, les avis annoncés déjà pour fin 2013 par le Conseil Supérieur de la Santé et le Comité belge de Bioéthique n'ont pas encore été rendus, notamment à cause de l'échéance des mandats de ce dernier Comité qui ont dû être renouvelés. Néanmoins, ces avis sont maintenant prévus pour la mi-2015. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant de l'évolution de ce dossier. Il y a malheureusement beaucoup de retard.

11.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse assez concise. Je pense qu'elle comportait au moins deux éléments. Vous me dites que l'avis sollicité n'a pas été rendu. Vous ne pouvez rien y faire si ce n'est le réclamer à cor et à cri. Le sujet est suffisamment important pour que nous y soyons extrêmement attentifs.

Par rapport à la législation sur le droit du patient, aujourd'hui, certaines personnes ou groupements "conspirationnistes" considèrent que le vaccin contre la polio, comme n'importe quel vaccin, ne doit pas être fait et qu'il faut s'y opposer car c'est simplement le résultat d'une grande conspiration internationale du lobby pharmaceutique.

Madame la ministre, vous n'êtes pas obligée de trancher aujourd'hui mais, à votre sens, faut-il apporter une modification à la législation pour renforcer l'avis qui a été rendu par la Cour de cassation et que certains contestent? Ceux-ci estiment que le droit du patient leur autorise à refuser le vaccin et ne souhaitent pas que leur enfant soit vacciné. Certaines personnes ont même eu recours à la législation sur l'abus de faiblesse votée en 2012 pour justifier leur refus de vaccination. Il s'agit donc d'un problème de santé publique. Si chacun s'autorise à ne plus vacciner en fonction de la législation, cela met en difficulté l'ensemble de la population. Madame la ministre, nous reviendrons sur le sujet car il mérite d'être creusé

davantage plutôt que d'attendre simplement le rapport de la commission.

11.04 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, comme vous le savez, en Belgique, le vaccin contre la polio est le seul vaccin obligatoire de par la loi. La loi est la loi. Dans l'intérêt de l'enfant, il est nécessaire de faire ce vaccin. Jusqu'à aujourd'hui, il en est ainsi. Nous attendons toutefois l'avis mais, jusqu'à nouvel ordre, la loi doit être appliquée. Cela ne fait aucun doute.

11.05 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour cette précision qui a toute son importance.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het medisch gebruik van cannabis" (nr. 342)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beleid inzake het gebruik van cannabis" (nr. 354)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van cannabis als geneesmiddel" (nr. 359)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de regularisering van medische cannabis" (nr. 432)
- mevrouw Laurette Onkelinx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de regulering van het cannabisaanbod" (nr. 501)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de legalisering van cannabis" (nr. 550)

12 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage médical du cannabis" (n° 342)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique en matière de consommation de cannabis" (n° 354)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du cannabis comme médicament" (n° 359)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la régularisation du cannabis thérapeutique" (n° 432)
- Mme Laurette Onkelinx à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la régulation de l'offre de cannabis" (n° 501)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la légalisation du cannabis" (n° 550)

La **présidente**: Il y a des questions relatives au cannabis en tant que médicament et d'autres questions relatives à la légalisation ou non de l'usage récréatif du cannabis. Mme Jiroflée interroge d'ailleurs sur les deux aspects.

12.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, rond het gebruik van cannabis bestaat grote controverse, zoals u een tijd geleden naar aanleiding van uw interview in *De Standaard* zelf mocht ervaren. In dat interview gaf u aan dat u wou bekijken of er een nieuw beleid voor cannabisgebruik moet komen. U wil laten onderzoeken of een beperkt en gereguleerd aanbod van cannabis kan.

Uw voorstellen sluiten zodoende aan bij een aantal studies, die de voorbije tijd naar buiten zijn gekomen. Ik denk aan de ideeën van criminologen Brice De Ruyver en Cyrille Fijnaut. Ik denk ook aan een aantal studies in binnen- en buitenland. Onder andere de Britse overheid heeft een studie laten maken, waarin wordt gesteld dat een strenger drugsbeleid het gebruik en het bezit van drugs niet zou doen dalen. Wij merken nu ook dat de VAD, de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, zich veel genuanceerder opstelt dan een aantal jaren geleden en zich bij de studie aansluit.

Ik ben het eens met wat u eerder helemaal terecht stelde, namelijk dat een goed beleid best op goed wetenschappelijk onderzoek is gestoeld. In die context is het onderzoek dat u voorstelt dan ook zeker gepast.

U kreeg ter zake echter fikse tegenwind van uw coalitiepartner. Vanuit het gezondheidsperspectief een studie laten uitvoeren, is voor sommigen blijkbaar een brug te ver. Er werd verwezen naar de enige twee zinnen over drugs in het regeerakkoord. Wij konden dat niet anders opvatten dan een middel om u het zwijgen op te leggen: "Het bezit van drugs is verboden. Het gebruik van drugs in de publieke ruimte kan niet het voorwerp uitmaken van een gedoogbeleid."

Dat zijn trouwens de twee enige zinnen die in het regeerakkoord over de materie staan, wat, eerlijk gezegd, nogal magertjes is voor een belangrijk maatschappelijk probleem.

U had het nochtans op geen enkel moment over een blinde legalisering. Het tegendeel is waar.

Mevrouw de minister, het baart mij dan ook grote zorgen dat u, die volgens mij bevoegd bent voor Volksgezondheid, niet de vrijheid zou hebben een bepaald aspect van het beleid, dat tot de volksgezondheid bijdraagt, aan te kaarten.

Ik kom bijgevolg tot mijn vragen.

Mevrouw de minister, wat is uw mening over het legaliseren van softdrugs?

Mevrouw de minister, ik moet de vraag stellen, hoewel ik het heel vervelend vind. Wie bepaalt echter welke zaken in het domein Volksgezondheid mogen worden onderzocht? Bent u dat of is dat de burgemeester van Antwerpen?

Veel belangrijker nog is mijn laatste vraag. Zal de regering het huidige beleid nog onder de loep nemen of zult u zich bij de wil van uw coalitiepartner neerleggen?

Mevrouw de minister, is de onderzoekspiste waarover u sprak, van de tafel of zult u de experts ter zake toch nog een opdracht geven?

Mevrouw de voorzitter, als u het toestaat zal ik meteen naar mijn tweede vraag gaan.

Ik zal de inleiding niet herhalen. Het gaat hier over het gebruik van cannabis als geneesmiddel. Sinds 2003 kunnen patiënten in Nederland op doktersvoorschrift cannabis krijgen als pijnbestrijdingsmiddel. Het gaat dan uiteraard niet om de gewone cannabis van de coffeeshop, maar om cannabis die specifiek omwille van zijn pijnstillende kwaliteiten gekweekt wordt. Het Bureau voor Medicinale Cannabis, een Nederlandse overheidsorganisatie, is verantwoordelijk voor de productie en de wetenschappelijke doeleinden. Concreet blijkt dat sommige mensen baat schijnen te hebben bij een behandeling met cannabis. Het gaat dan om pijn en spierkrampen bij MS, misselijkheid, verminderde eetlust, vermagering en verzwakking bij kanker en aids en chronische pijnen. Er worden een aantal aandoeningen opgesomd die met succes of wisselend succes met cannabis te behandelen zouden zijn.

Heel veel van die zaken zijn uiteraard nog niet ondersteund door grootschalig wetenschappelijk onderzoek, maar dat er iets van aan is, is nogal wies. Wij weten dat trouwens ook in dit land al veel langer, want in juli 2001 verscheen een KB in het *Belgisch Staatsblad* dat bepaalde dat er klinische proeven uitgevoerd mochten worden met medicinale cannabis. Deze proeven moeten echter eerst gemeld worden en de goedkeuring krijgen. Enkel artsen verbonden aan een universitair ziekenhuis of een erkende pijnkliniek mogen die proeven uitvoeren.

Medicinale cannabis is dus in België niet verkrijgbaar, tenzij onder zeer strikte voorwaarden en in geselecteerde ziekenhuizen. Dat heeft echter als gevolg dat heel veel Belgische patiënten vaak cannabis kopen over de grens. Dikwijls gebeurt dat met medeweten van de behandelend geneesheer. Ik meen dat dit geen ideale situatie is, niet voor het individu dat zich juridisch op zeer glad ijs begeeft en zeker ook niet voor onze maatschappij.

Ik kom dan bij mijn vragen. Betekenen die twee korte zinnen over drugs in het regeerakkoord ook dat er niet mag worden nagedacht over het verder reglementeren van cannabis als medicatie? Wat is het standpunt van de minister in dezen? Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

12.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik zal het deel van mijn inleiding dat identiek hetzelfde was als die van collega Jiroflée niet herhalen. Onze tijd is beperkt.

Ik bewonder in elk geval uw moed om het medisch gebruik van cannabis op tafel te leggen. U bent zeker mans genoeg om hierover een robbertje uit te vechten met uw coalitiepartner, daar ben ik van overtuigd. Het is een feit dat wij ook voorstander zijn van een betere regularisering van medische cannabis omdat toch aangetoond is dat dit als comfortbehandeling werkt bij bepaalde patiënten, bijvoorbeeld kanker- en aidspatiënten.

Ook in andere landen heeft dat al goede resultaten opgeleverd, zeker vanwege de pijnstillende effecten.

Ik beperk mij meteen tot de kern van mijn vragen.

Mevrouw de minister, bent u van plan om het medisch gebruik van cannabis beter te reguleren in België?

Welke initiatieven zult u nemen om dat ook op de agenda van de Europese Unie te krijgen?

Wanneer zal het rapport van de Algemene Cel Drugsbeleid over cannabisbeleid precies klaar zijn? Zult u die cijfers dan aan ons overhandigen?

12.03 Laurette Onkelinx (PS): Madame la ministre, je ne parlerai pas de l'utilisation du cannabis comme médicament, mais de la situation qui prévaut tant dans notre pays qu'un peu partout dans les pays comparables, à savoir une utilisation extrêmement large du cannabis comme façon de se détendre, comme on peut le faire à travers l'alcool ou d'autres dérivés.

C'est un débat très difficile. Nous sommes en doute sur la manière d'aborder cette réalité. Nous sommes face à un constat: énormément de jeunes et de moins jeunes sont des consommateurs habituels de cannabis. Nous savons également que les politiques prohibitionnistes ne fonctionnent pas. Au contraire, elles engendrent des effets pervers, puisque pour s'approvisionner en cannabis, les consommateurs doivent s'adresser à des milieux potentiellement criminogènes.

Nous constatons aussi que ces politiques largement prohibitionnistes nous empêchent notamment de mener des campagnes de prévention, à l'instar de celles menées pour le tabagisme.

Par contre, nous réfléchissons aux modalités d'évolution afin de ne pas engager des jeunes et des moins jeunes non-consommateurs sur le chemin de la consommation. C'est une réflexion difficile.

Vous avez abordé le problème et avez eu raison de le faire. Manifestement, vous vous êtes fait rabrouer, puisqu'un président de parti de votre coalition vous a engagée à vous taire: "C'est tolérance zéro!"

Eu égard à ce qui précède, voici mes questions.

Madame la ministre, allez-vous avoir la capacité, la liberté, comme ministre de la Santé, d'étudier le problème et de poursuivre la réflexion avec des experts, des scientifiques, votre administration?

Le parlement aura-t-il la liberté de se positionner sur une évolution que je crois nécessaire dans les politiques relatives au cannabis? Je veux dire en fait que c'est un problème qui dépasse de loin le clivage majorité/opposition. Cela n'a rien à voir. C'est un problème éthique qui mérite très certainement que, hors des positions partitocratiques, nous ayons la capacité avec ce parlement de nous poser la question de l'évolution nécessaire et de prendre une décision qui ne soit pas enserrée par des diktats de partis.

Dans le cadre des négociations gouvernementales, avez-vous corseté le débat? Votre majorité va-t-elle être empêchée de travailler sur cela au parlement? Ou le parlement, majorité comme opposition, va-t-il pouvoir jouer son rôle comme nous l'avons fait dans d'autres débats éthiques extrêmement importants, pour lesquels notre pays est un modèle d'ouverture et de tolérance?

12.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai trouvé intéressant que deux grands criminologues, un Belge néerlandophone et un professeur néerlandais, publient ensemble une étude-manifeste pour défendre une autre politique, plus équilibrée et plus efficace, concernant le cannabis. Il est intéressant et important dans leur étude, où ils font appel au politique, de constater que leur objectif est de parvenir à une diminution de la consommation, d'encadrer davantage et de contrôler mieux, mais de le faire de manière plus intelligente. Ils révèlent que le système néerlandais avec les coffee-shops montre ses

limites, avec un système commercial, où les commandes sont supérieures à ce qui est nécessaire à la consommation. Ce n'est plus un lieu de consommation régulée.

Ils constatent aussi que la législation belge ne permet pas de bien sensibiliser, de bien informer et, finalement, de veiller à ce que les consommateurs aient un produit de qualité.

Il est également intéressant de noter que se croisent à leurs constats et recommandations les avis qui sont donnés par les associations et organisations qui travaillent dans le secteur de la toxicomanie - comme Infor-Drogues -, avis selon lesquels il faut développer de manière beaucoup plus cohérente des politiques qui permettent l'information, la sensibilisation et la prévention. Selon eux, notre législation ne permet pas une politique préventive efficace auprès des mineurs puisque, vu la manière dont cette législation est formulée, cela pourrait être considéré comme une incitation à la consommation! Tous, y compris les acteurs en toxicomanie, disent qu'il faut essayer d'éviter la consommation des mineurs, voire même avant l'âge de 25 ans, car les dégâts physiques, psychiques et sociaux peuvent être graves.

Ces criminologues suggèrent de fermer les coffee-shops et de mettre en place des "clubs cannabis" sans but lucratif qui seraient des lieux soumis au contrôle de la production, ainsi qu'avec un accompagnement pour l'information, la sensibilisation et la consommation. Ils insistent sur le fait qu'il s'agit d'une politique loin d'être laxiste et qui nécessitera d'ailleurs un contrôle plus important que ce que prévoit la législation actuelle.

Madame la ministre, suite à cette étude, ce manifeste et ces réactions, vous avez exprimé votre volonté d'ouvrir un tel débat aux niveaux belge et européen, considérant que le fait de mener une politique trop répressive ne rapportera pas grand-chose. Je ne peux que vous rejoindre dans la nécessité de pouvoir ouvrir le débat et d'oser imaginer une politique qui permette d'encadrer, de prévenir et de s'assurer que les produits consommés sont de bonne qualité.

Nous avons entendu l'intervention du président de la N-VA concernant votre idée. Comment allez-vous saisir les perches qui vous sont tendues par les spécialistes qui se sont exprimés? Allez-vous porter cette discussion au sein du Benelux voire au sein du Conseil européen, de sorte à élargir le cadre?

Le Parlement belge peut également être un lieu de discussion. J'espère que les parlementaires se donneront la liberté et l'autorisation de travailler sur les sujets qu'ils estiment importants.

Enfin, je voudrais m'attarder un instant sur un point que je n'ai pas abordé dans ma question, à savoir le cannabis en tant que médicament.

J'ai l'occasion de croiser beaucoup de personnes qui souffrent en permanence et qui sont obligées de prendre de puissants anti-douleur. Selon elles, le cannabis pris en très petites quantités est le seul produit leur permettant de gérer la douleur de manière efficace. Travailler sur cette question a donc un réel sens.

12.05 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik dank u voor de vele vragen. In antwoord op die vragen kan ik het volgende zeggen.

Het regeerakkoord is duidelijk en ik ben zelf ook altijd tegen een gedoogbeleid voor cannabis geweest. Wat dat betreft, strookt dit volledig met het regeerakkoord. Als arts heb ik er altijd op gewezen dat cannabis verslavende eigenschappen heeft en dat er mogelijk kwalijke gevolgen kunnen zijn aan het gebruik van cannabis. Niettemin is het correct om te zeggen dat het debat daarover moet kunnen worden gevoerd, zeker in ons land en in Europa. Het is immers een problematiek die aanwezig is in onze maatschappij en er mag dus niet over worden gezwegen.

Iets anders is natuurlijk het medisch gebruik van cannabis in een strikt gereguleerd en *evidence-based* kader.

Ik kom dan tot de klinische proeven. In de database van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten zijn vijf proeven terug te vinden in twee domeinen: pijnbestrijding bij een vergevorderd stadium van kanker en neuropathische pijnen. De proeven zijn allemaal uitgevoerd met het geneesmiddel Sativex. Dit werd aan het FAGG ter evaluatie voorgelegd in het raam van een vergunningsaanvraag.

Deze evaluatie heeft op haar beurt geleid tot het vastleggen van volgende indicatie of ziektebeeld. Sativex is

aangewezen als behandeling voor een verlichting van symptomen bij volwassen patiënten met matige tot ernstige spasticiteit vanwege multiple sclerose, en dit enkel bij patiënten die niet adequaat gereageerd hebben op andere medicatie tegen deze spasticiteit en die tijdens een eerste proefbehandelingsperiode een klinisch significante verbetering hebben laten optekenen voor de symptomen gerelateerd aan de spasticiteit.

Andere gepubliceerde resultaten van klinische proeven, bijvoorbeeld op het vlak van pijnbestrijding, worden door de geneesmiddelencommissie bekeken in het licht van de studie over mogelijke indicatiegebieden voor het gebruik van medicinale cannabis. Zij leverden tot nu toe geen nieuwe indicaties op.

Ik kan u voorts meedelen dat er momenteel geen aanvragen, noch lopende klinische proeven zijn.

Er wordt momenteel gewerkt aan een voorstel van koninklijk besluit, opdat geneesmiddelen op basis van cannabis die beschikken over een vergunning voor het in de handel brengen, niet langer onder de voorwaarden van het koninklijk besluit van 4 juli 2001 vallen. Hierdoor zou de aflevering van dergelijke geneesmiddelen in een apotheek mogelijk worden in de toekomst. Op dit moment zou dit betrekking hebben op slechts één geneesmiddel, dat door de klinische proeven is geraakt en door de geneesmiddelencommissie is ingeschat als een werkend medicijn, namelijk Sativex. De verandering van de wetgeving zal echter steeds moeten gebeuren in volledig overleg binnen de Algemene Cel Drugsbeleid en na de juiste informatieaanlevering aan de desbetreffende zorgverstrekkers.

Terminale kankerpatiënten, patiënten met neuropathische pijnen en patiënten met dwarslaesies die hun pijn wensen te behandelen, zijn niet opgenomen in de doelgroep van het tot nu toe enige vergunde geneesmiddel, namelijk Sativex, omdat de wetenschappelijke evidentie niet voldoende werd aangetoond tijdens de klinische proeven.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid is ons nationaal *focal point* in deze materie. Het zal, zoals nu reeds gebeurt, zoveel mogelijk informatie doorspelen aan de Europese Unie, meer bepaald aan het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving. Alle lidstaten leveren dergelijke informatie aan. De informatie is verkregen van ziekenhuizen en andere belangrijke spelers in de behandelingssector en is steeds in lijn met de privacyrichtlijnen. Dit moet tenslotte leiden tot een duidelijker beeld van allerhande psychoactieve stoffen.

Dans le cadre de mes compétences et des rencontres du Conseil EPSCO, je demanderai régulièrement une analyse de cet énorme flux d'informations, car je suis convaincue qu'un tel examen peut nous fournir beaucoup de renseignements plus clairs et plus utiles en différents domaines de la politique relative à la drogue.

Concernant le rapport de la cellule générale Drogues, il en est à sa dernière phase de rédaction au sein du groupe de travail Cannabis.

Het is dus geen rapport dat ik besteld heb; het is een rapport dat reeds meer dan een jaar geleden is opgestart door de administratie en waarvan binnenkort de finaliteit zal gekend zijn.

Ce groupe de travail livrera un rapport à la cellule générale Politique en matière de drogues, après quoi cette dernière me présentera l'analyse technique.

Il va de soi que je fournirai un feed-back de ce rapport et des informations à la Conférence interministérielle Santé publique ainsi, évidemment, madame la présidente, qu'aux membres de la commission de la Santé publique.

Het rapport van de experts binnen de administratie zal ik uiteraard lezen en bespreken. Meer of minder heb ik niet verklaard. Het is toch maar logisch dat een wetenschappelijk rapport bekeken wordt en dat daaruit de nodige conclusies getrokken worden. Ik zie niet goed in wat daar verkeerd aan is.

Volgens mij is het een storm in een glas water. Wij hebben hetzelfde gezegd en allebei verwezen naar het regeerakkoord, zowel de burgemeester van Antwerpen, zoals hij hier geciteerd wordt, als ikzelf. Wij hebben trouwens samen rond de tafel gezeten. Het verschil moet gemaakt worden tussen wat in het regeerakkoord staat en het eventueel wetenschappelijk bewezen, gereguleerd, *evidence-based* gebruik van medicinale cannabis onder beperkte, omkaderende voorwaarden.

12.06 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik ben het helemaal eens met de minister.

We zijn het er allemaal over eens dat de discussie over het niet-medicinaal gebruik bijzonder moeilijk is. In onze samenleving zal die discussie altijd opnieuw opduiken.

Mevrouw de minister, ik ben blij te horen dat u verder gaat door de wetenschappelijke rapporten onder de loep te nemen. Ik ben ervan overtuigd dat die materie in de toekomst opnieuw op onze tafels zal belanden en we zullen er in een later stadium dus nog over kunnen discussiëren. Nu moeten we de discussie misschien sluiten, tot wij kennis kunnen nemen van dat rapport.

12.07 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik kan mij daarbij aansluiten. Het verheugt mij te horen dat u *evidence-based* medicinaal gebruik van cannabis toch op de agenda houdt. Wij zullen daarover binnenkort meer vernemen.

12.08 Laurette Onkelinx (PS): Madame la présidente, madame la ministre, l'ouverture de Mme la ministre qui tient un tout autre discours que M. De Wever nous réjouit.

Pour le reste, un important travail est réalisé par la cellule Drogues. Cependant, madame la présidente, le parlement devrait se pencher sur la question. Je me demande si nous ne devrions pas réfléchir à un mode de travail (sous-commission, groupe de travail, etc.) qui nous permettrait d'avoir une réflexion approfondie comme c'est le cas au niveau d'autres cénacles, notamment dans d'autres pays. Je pense aussi aux questions délibérées avec une grande ouverture au sein du Conseil de l'Europe. Selon moi, le parlement devrait également s'emparer de ce sujet.

12.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je suis contente que vous soyez intéressée par la poursuite de ce débat et des différents travaux menés dans les différents lieux.

Quant à la suite à y apporter, la ministre nous informera de la réception du rapport de la cellule Drogues. Je proposerai à ce moment à la commission d'organiser un débat pour qu'on prenne le temps de discuter de ce sujet, sans forcément devoir passer par des questions parlementaires.

Avant les vacances de Toussaint, alors que nous n'avions pas encore un rythme de travail et que nous ne connaissions pas encore très bien les réalités, j'ai demandé aux différents groupes de me faire part des sujets prioritaires. Il n'y avait pas deux sujets les mêmes et cela allait un peu dans tous les sens. Nous vous avons dès lors redistribué cela pour que vous en preniez conscience. Au fil des discussions, entre autres sur la note de politique générale, l'orientation politique, il me semble que des sujets émergent et pourraient être proposés par les membres de la commission. Vous connaissez mon intérêt pour ces questions-là. Je suis donc partante pour que l'on travaille ce sujet en commission. Nous referons un appel aux membres pour voir s'ils conservent leurs priorités ou s'ils souhaitent les modifier. Les parlementaires peuvent se mettre d'accord pour porter à plusieurs des mêmes sujets.

12.10 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, het zou misschien goed zijn om met het rapport van de Algemene Cel Drugsbeleid direct naar de Kamer te komen zodra wij erover beschikken, anders gaan daarover nog vragen komen. Het zou beter zijn om daarover een debat te voeren in de commissie.

Ik wil toch nog het volgende opmerken. Ik weet niet wat sommigen in de krant gelezen hebben, maar ik heb, ten eerste, gewezen op het regeerakkoord, waarin staat dat wij tegen een gedoogbeleid zijn. Wij zullen ons daaraan houden. Ten tweede heb ik gezegd dat een arts moet wijzen op het verslavend karakter en de kwalijke gevolgen van het gebruik van cannabis. Niettemin is er een rapport in wording en zal dit rapport hier besproken worden. Het regeerakkoord en het feit dat wij geen gedoogbeleid willen, verhindert niet dat wij een wetenschappelijk onderbouwd rapport kunnen bespreken. Dat staat dat niet in de weg.

12.11 Laurette Onkelinx (PS): Le dernier mot au parlement! Madame la ministre, vous me paraissez être un peu craintive. Vous dites tout et son contraire. Vous dites: "Je défends l'accord de gouvernement." Mais cela n'empêche pas de discuter d'une politique différente! Alors que M. De Wever dit: "On ne parle pas de cela, c'est décidé!"

Je vous engage à considérer, comme vous l'avez dit, que c'est un problème de société très important, qui touche à la sécurité, à la santé publique de nos concitoyens, et que c'est un débat, dès lors, qui doit permettre, dans une commission comme la nôtre, de s'ouvrir à des solutions innovantes qui permettent

véritablement d'être plus efficaces sur le terrain.

Les politiques actuelles sont totalement inefficaces. De plus en plus de nos jeunes consomment. Il faut donc changer de politique et pour ce changement, nous devons ensemble y réfléchir. Nous ne devons pas être arrêtés dans notre réflexion, être sclérosés, quelles que soient les envies des uns et des autres qui ne sont guère dans cette commission, ni au parlement d'ailleurs.

12.12 Maggie De Block, ministre: Nous n'allons pas recommencer. Je pense que vous disposez d'informations dont je ne dispose pas. Je n'ai pas encore vu le rapport de la cellule. Vous êtes déjà en train de tirer des conclusions. Tout ce que je dis, c'est que quand le rapport de la cellule Drogues sera là, nous allons le mettre à disposition de la commission et nous aurons un débat. Néanmoins, l'accord de gouvernement reste ce qu'il est.

La **présidente**: Je vous suggère de nous dire que le parlement a aussi un rôle à jouer, une place dans la réflexion et les orientations politiques qui peuvent être prises. Dans l'organisation de nos travaux, il y a bien sûr le rapport de la cellule Drogues – il y en a d'autres.

Je trouve, et c'est pour cela que j'avais fortement insisté dessus, que les deux criminologues de l'étude-manifeste qui expliquent qu'il y a échec dans les politiques menées et qu'il faudrait organiser autrement, font partie des gens que nous pouvons entendre, avec lesquels nous pouvons discuter au sein de ce parlement.

J'espère, mesdames, que nous arriverons à trouver des partenaires pour oser le débat. Et puis, nous verrons à quoi nous pouvons arriver.

12.13 Laurette Onkelinx (PS): Mme la ministre a dit que certains ont peut-être eu le rapport avant d'autres. Certainement pas. Il y a déjà longtemps que nous avons des rapports sur le sujet et que les enquêtes de santé régulières montrent l'ampleur du problème.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 355 de Mme Catherine Fonck est transformée en question écrite.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n°355 de Mme Fonck est transformée en question écrite.

13 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le soutien à une gestion courageuse et efficace du lourd fardeau humain et économique que représente la progression du diabète dans notre pays" (n° 427)

- Mademoiselle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des cas de diabète" (n° 620)

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre le diabète" (n° 626)

13 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ondersteunen van een moedige en efficiënte aanpak van de toenemende incidentie van diabetes in ons land, die een hoge menselijke en economische tol eist" (nr. 427)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "diabetesregistratie" (nr. 620)

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de strijd tegen diabetes" (nr. 626)

13.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, 1 op 20 Belgen heeft diabetes. Elke diabetespatiënt kost onze maatschappij duizenden euro's per jaar. De WHO vraagt met grote aandrang een nationaal diabetesplan op te stellen. Daar staan wij echter nog ver van af. In uw antwoorden op vorige vragen hebt u al gewezen op uw wens tot een continuüm te komen. Dat klinkt alvast zeer goed, maar ons land staat slechts op de veertiende plaats, dus in de middenmoot, wat de kwaliteit van de behandeling van deze

aandoening betreft.

Een eerste stap om hierin verbetering aan te brengen, is de uitbouw van een nationaal diabetesregister. Meten is weten. Deze vraag wordt door de Diabetesliga expliciet onderschreven.

Geschat wordt dat er zo'n 650 000 diabeten zijn, maar daarbovenop zijn wellicht 400 000 gevallen niet eens gekend. Hoeveel diabeten ons land exact telt, is dus niet geweten, omdat er geen concrete registratie van diabetes type 2 plaatsvindt. Onder andere Denemarken en Zweden houden daarvan wel een accurate lijst bij. Diabetes type 1 wordt in ons land trouwens wel nauwkeurig geregistreerd.

Ik kom tot mijn vragen. Plant u ondersteunende maatregelen om de bestaande registratie van diabetes type 2 en de ermee gepaard gaande complicaties te verbeteren? Zo ja, welke, en voor wanneer plant u die? Zo nee, bent u van plan andere stappen te ondernemen?

13.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, la campagne internationale et européenne 2014-2016 relative au diabète va porter sur "Une vie saine et le diabète". Elle est intéressante et cela vaut la peine de l'utiliser.

On doit constater qu'en Belgique, toute une série de mesures sont prises et des politiques sont menées aux différents niveaux de pouvoir. Malgré cela, le nombre de personnes développant un diabète de type II augmente. Nos politiques manquent donc d'efficacité, peut-être à cause de l'éparpillement des compétences et d'une concertation insuffisante entre les acteurs. Si je prends l'exemple de ce fameux Plan National Nutrition et Santé qui existe depuis tout un temps, nous devrions tous être impliqués pour atteindre un objectif commun, chacun agissant dans ses compétences. Force est de constater que, dans les faits, les mesures ne sont pas concrétisées correctement.

Madame la ministre, avez-vous l'intention de profiter de cette campagne "vie saine" pour relancer une démarche associant le niveau fédéral, les Communautés, les communes, les acteurs de la santé et les associations de patients pour parvenir à mener une politique efficace, sachant que les effets secondaires de cette maladie sont fortement aggravés par l'absence de dépistage précoce? On estime à 10 % du budget des soins de santé, la part due au diabète mal soigné.

Enfin, la collecte des données ne semble pas non plus être suffisamment efficace à travers le pays. Il est donc difficile de disposer d'une vue globale de la situation.

Il est demandé au niveau européen et au niveau des Nations unies, de l'OMS, que les États développent des plans nationaux "diabète". On peut faire des plans mais il faut surtout les concrétiser. Quelle est votre position en la matière?

Par ailleurs, les associations de patients diabétiques seront-elles impliquées et soutenues dans le rôle qu'elles peuvent jouer?

13.03 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, un plan global pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques est en préparation dans la foulée des initiatives de l'UE. Une conférence nationale s'est tenue en novembre 2013. Depuis lors, une large concertation s'est instaurée avec les différents acteurs concernés: les autorités régionales et communautaires, les prestataires de soins, les associations de patients et les organismes assureurs. L'ambition de ce plan dépasse le secteur des soins de santé pour aborder également les questions de prévention, d'enseignement ou encore de réinsertion professionnelle.

Dans le courant du premier semestre 2015, des propositions seront soumises à la Conférence interministérielle Santé publique, en vue d'harmoniser les initiatives à tous les niveaux de pouvoir.

La stratégie de lutte contre le diabète s'inscrit dans le cadre général de l'organisation de soins aux maladies chroniques. La cellule inter-administrative établie par la Conférence interministérielle Santé publique sera chargée de développer l'approche la plus appropriée aux patients diabétiques, dans le cadre général des soins prodigués aux maladies chroniques.

Les informations actuellement disponibles sur le nombre de patients diabétiques en Belgique sont issues de diverses bases de données: essentiellement la consommation en médicaments spécifiques tels que les antibiotiques, antidiabétiques oraux et l'insuline ainsi que les soins apportés aux patients pris en charge

dans le trajet de soins "diabète" ou dans le centre de référence sur le diabète.

In het kader van de zorgtrajecten diabetes en chronische nierinsufficiëntie werd met succes een gegevensverzameling doorgevoerd bij de huisartsen in 2011. Er werden volledige gegevens verkregen voor drie vierde van de zorgtrajectpatiënten, niettegenstaande een aantal technische problemen met de verzending van de gegevens. Dat is echt een bewijs dat huisartsen ook bereid zijn om mee te werken aan de gegevensregistratie.

Momenteel bereiden wij een medicomut-akkoord voor. Er is in die context al gesproken over een mogelijke uitdieping van het zorgtraject diabetes type 2 om het vanaf de diagnose te erkennen en te laten begeleiden.

Het verzenden van klinische gegevens naar een nationaal register vormt een essentieel onderdeel van het project en zal ons toestaan een beter zicht te krijgen op het aantal mensen dat door diabetes wordt getroffen en in welke leeftijdsgroepen zij worden aangetroffen. Het zal ook meer informatie geven, omdat wij eigenlijk vanaf de diagnose de zogenaamde pretrajecten uitrollen. Die houden in dat de diagnose kan worden gesteld, zonder dat de ziekten of complicaties gelinkt aan diabetes al optreden.

Dat voorstel ligt momenteel op tafel. Wij hebben daar gisteren en vandaag over gesproken. Heel veel mensen zijn er voorstander van. Ik hoop dat wij hieraan de nodige uitdieping kunnen geven in het kader van het medicomut-akkoord.

13.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, wij zijn heel blij dat er werk wordt gemaakt van een dergelijke gegevensverzameling en van de aanpak van diabetes in de vroege fase. Dat is ook voor de Diabetes Liga, waarvan ik lid ben als diabeteseducator, een prioriteit.

Wij zijn blij dat daaraan gevolg wordt gegeven. Wij willen oproepen om die actoren zeker bij dat overleg te betrekken. De Diabetes Liga, bijvoorbeeld, is daarin immers niet vertegenwoordigd.

Een laatste aandachtspunt dat ik wil meegeven, is het pijnpunt van de registratie. Ik neem aan dat dit ook in de werkgroep naar boven zal komen. De systemen om diabetes te registreren, zijn vaak niet compatibel met de software bij de huisartsen.

Om alles in één databank te kunnen verzamelen, is het belangrijk dat zij eenvoudig kunnen registreren via hun bestaande systemen; vandaar mijn oproep om daarmee zeker rekening te houden.

13.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je suis heureuse de vous entendre vous inscrire dans l'élaboration d'un plan dans le cadre européen mais aussi national. Par conséquent, la prochaine Conférence interministérielle du premier trimestre 2015 y sera consacrée.

La collecte des données, notamment celles relatives aux médicaments, ne mentionne pas la différence entre les diabétiques de type I et de type II. Or, les politiques à mener sont évidemment fonction de cette différence entre les patients. Il importe aussi que ces derniers soient intégrés comme acteurs dans la dynamique qui va se mettre en place. Ce sont eux aussi qui peuvent nous aider à mieux faire parvenir les informations, organiser la sensibilisation et la prévention.

En ce qui concerne les trajets de soins, les évaluations indiquent qu'ils fonctionnent partiellement, mais que finalement des patients sont exclus et qu'il faut les réorienter dans leur manière de faire. Le rôle du médecin généraliste doit vraiment être renforcé en la matière.

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

La **présidente**: La question n° 454 de M. Penris est transformée en question écrite.

14 Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toekennen van vergoedingscategorieën aan geneesmiddelen" (nr. 467)

14 Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les catégories de remboursement attribuées aux médicaments" (n° 467)

14.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, diabetes en hoge bloeddruk zijn allebei belangrijke

cardiovasculaire risicofactoren. In beide gevallen is er een interactie tussen de genetische aanleg en de levensstijl, zoals in de literatuur uitvoerig gedocumenteerd werd.

Voor beide condities bestaan er zinvolle interventies, die *evidence-based* zijn. Nochtans moet ik vaststellen dat de geneesmiddelen die gebruikt worden om die aandoeningen te behandelen door de ziekteverzekering op een totaal andere manier behandeld worden. Alle nieuwe antidiabetica komen in categorie A terecht, wat betekent dat zij volledig terugbetaald worden als levensnoodzakelijke medicatie, terwijl alle geneesmiddelen voor hoge bloeddruk, hypertensie of hartfalen in categorie B zitten en beschouwd worden als therapeutisch belangrijke farmaceutische specialiteiten, maar toch een opleg van de patiënt vergen.

De reden voor dat verschil in behandeling is mij, en vele van mijn collega's, niet geheel duidelijk. Het is misschien zelfs onlogisch, vooral omdat de meerwaarde van de nieuwe specialiteiten voor de behandeling van diabetes eerder matig is, terwijl de behandeling van hartfalen en hypertensie in veel gevallen mortaliteitsreducerend is, zoals blijkt uit vrij spectaculaire studies.

Ik heb de volgende vragen.

Hoe bepaalt het RIZIV de vergoedingscategorie van een farmaceutische specialiteit? Lijkt het u het overwegen waard om de vergoedingscategorie te koppelen aan andere parameters dan de geneesmiddelenklasse van de betrokken specialiteit? Zo ja, lijkt het u aangewezen dat de therapeutische meerwaarde een van die parameters is? Zo neen, waarom niet?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Collega, de beslissing omtrent het al dan niet opnemen in de terugbetaling omvat een beslissing over de vergoedingsbasis, de vergoedingsvoorwaarden, de vergoedingscategorie en de vergoedingsgroep, en is telkens gebaseerd op een voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

De historiek van de vergoedingscategorieën werd met het volgende doel ontwikkeld: categorie A omvat de levensnoodzakelijke specialiteiten, categorie B de therapeutisch belangrijke farmaceutische specialiteiten, de categorieën C, Cs en Cx omvatten de geneesmiddelen bestemd voor symptomatische behandelingen of comfortgeneesmiddelen, categorie D de niet-terugbetaalde geneesmiddelen en categorie F de geneesmiddelen met een vergoedingsbasis die bestaat uit een vast bedrag. Het eventuele verschil tussen de toegepaste prijs en de vergoedingsbasis kan niet in rekening van de patiënt gebracht worden.

De CTG formuleert telkens haar voorstel tot terugbetaling en bijgevolg stelt zij ook een vergoedingscategorie voor na evaluatie van de volgende vijf criteria.

Ten eerste, de therapeutische waarde. Ten tweede, de prijs van de specialiteit en de door de aanvrager voorgestelde vergoedingsbasis. Ten derde, het belang van de specialiteit in de medische praktijk op basis van de therapeutische en sociale behoefte, met inbegrip van de relevantie van de adequaatheid van de grootte van de verpakking met het oog op de beoogde therapie. Ten vierde, de budgettaire weerslag voor de ziekteverzekering. Ten vijfde, de verhouding tussen de kosten voor de ziekteverzekering en de therapeutische waarde.

De therapeutische waarde is dus een van de vijf criteria en wordt ook nog bij het laatste criterium mee in rekening genomen, waarop het voorstel van de CTG en de beslissing omtrent de terugbetaling van een farmaceutische specialiteit gebaseerd zijn. Ik denk dat het verschil dat u zoekt tussen bloeddrukverlagers en antidiabetica in een van de andere groepen moet liggen, die in rekening worden genomen voor het bepalen van de categorie.

14.03 **Jan Vercammen** (N-VA): Dank u voor de toelichting, mevrouw de minister. Ik deel uw praktijkervaring en kritisch-wetenschappelijke geest. Hopelijk zal dat ons in staat stellen om budgettaire de juiste keuzes te maken in deze moeilijke tijden.

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

La **présidente**: La question n° 523 de M. Franky Demon est reportée. Pour ce qui est de la question n° 553, il faut que je voie avec Mme Renate Hufkens si celle-ci est reportée ou transformée en question écrite.

15 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het unieke oproepnummer 1733 voor de medische wachtdienst" (nr. 594)

15 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le numéro d'appel unique 1733 pour contacter le service médical de permanence" (n° 594)

15.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uw voorganger, mevrouw Onkelinx, verkondigde in de vorige legislatuur dat zij vanaf 2014 het algemene nummer 1733 voor de medische wachtdienst zou invoeren. Dit zou weliswaar geleidelijk gebeuren. Vandaag merken wij dat dit qua termijn niet realistisch was.

N-VA deelt de bezorgdheid van de Vlaamse huisartsen en pleit samen met hen voor een degelijke voorbereiding. U heeft dit reeds in de pers bevestigd. Het is heel belangrijk om te gaan voor goed opgeleid personeel en een duidelijk wetgevend kader.

Ik meen dat u terecht hebt verkondigd dat u de timing voor de invoering met enige voorzichtigheid verschuift naar 2016. Ik had graag nog wat meer uitleg gehad over de concrete stappen die u zult zetten om dit waar te maken.

Er lopen al enkele jaren proefprojecten. Kunt u misschien een stand van zaken geven op dat vlak? Hoe worden deze projecten geëvalueerd?

Hoe zult u er, uiteraard in overleg met uw collega van Binnenlandse Zaken, voor zorgen dat het personeel goed is voorbereid en opgeleid voor haar taak? Op welke manier betreft u de huisartsen hierbij? Ook zij hebben immers hun bezorgdheid geuit.

Op welke manier zal de invoering plaatsvinden? Zult u, zoals oorspronkelijk was aangekondigd, deze invoering gespreid laten verlopen? Welke stappen zult u ondernemen om 2016 te halen?

15.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Peel, ik dank u voor uw vraag.

De invoering van het oproepnummer 1733 verloopt in fasen. In de eerste fase worden de telefoonnummers van de huisartsenwachtdiensten geprogrammeerd binnen de telefonierobot van het project. De programmering gebeurt op basis van de postcode. Als de patiënt zijn postcode ingeeft, wordt de oproep automatisch doorgeschakeld naar het telefoonnummer van het desbetreffende wachtonderdeel.

Deze programmering vraagt inderdaad overleg met de huisartsenkringen, aangezien voor bepaalde postcodes meerdere wachtonderdelen interveniëren en er dus moet worden uitgemaakt welke oproep naar waar moet worden afgeleid. Er bestaan voor dit probleem organisatorische en technische oplossingen, maar er is in de nodige afstemming voorzien.

De uitrol van fase 1 werd in West-Vlaanderen over de gehele provincie voorbereid. Eens de uitrol daar voldoende is uitgetest, kunnen de overige provincies vrij snel volgen. In West-Vlaanderen zullen dus een aantal zaken duidelijk worden die men dan kan meenemen naar de andere provincies.

In een tweede fase worden de oproepen niet meer door de telefonierobot beantwoord, maar door een aangestelde binnen het hulpcentrum 112.

Die beschikt voor deze taak over een specifieke handleiding met bevragsprotocollen, te vergelijken met oproepen naar het 100-nummer. De generieke bevragsprotocollen worden gevalideerd door de wetenschappelijke verenigingen voor huisartsgeneeskunde, bijvoorbeeld Domus Medica en de Société Scientifique de Médecine Générale. Provinciaal worden deze protocollen in overleg met de huisartsenkringen ingevoerd en gepersonaliseerd voor de realiteit op het terrein binnen de provincie. Zo ontstaan er lokale beheersprotocollen.

De aangestelden worden voor deze bevraging getraind door de medische directies die aanwezig zijn in de hulpcentra 112. Voor de tweede fase moeten wij over voldoende mensen beschikken. Men spreekt altijd over "manschappen" maar er zijn ook vele vrouwen bij. Er moeten ook geschikte werkplekken zijn binnen de hulpcentrales. Wij werken aan deze twee aspecten, in overleg met de collega's van Binnenlandse Zaken.

Vandaag is de tweede fase al actief in de regio rond Brugge, in heel de provincie Luxemburg, en in een

groot deel van de provincie Henegouwen. Onlangs is ook een eerste kring gestart in de provincie Namen. Binnenkort start ook een eerste kring in de provincie Luik.

In de definitieve fase zal een geheel aangepast reglementair kader beschikbaar gesteld worden. Dit wil niet zeggen dat wij vandaag buiten de wet werken. De laatste gezondheidswet van de vorige legislatuur heeft hiervoor namelijk een kader gecreëerd. Nu is het een kwestie van het schrijven van de meest adequate uitvoeringsbesluiten. Om dit op een optimale manier te doen, moeten wij kennis nemen van de feedback en van de lessen die de pilootprojecten ons aanreiken tijdens de uitrol. Daar wordt nu een inventaris van gemaakt.

Teneinde de uitrol van het project optimaal te sturen is op alle niveaus in overlegplatformen voorzien. Zo werd er per taalgebied een projectcoördinator aangeduid. Deze coördinatoren zijn het aanspreekpunt voor de huisartsenkringen. Ongeacht de fase waarin het project zich in elke regio bevindt, zullen zij de vragen en opmerkingen van de kringen beantwoorden.

Eens de tweede fase van het project start, start er ook een lokale projectgroep op. Die lokale projectgroep volgt op, evalueert en stuurt bij waar nodig.

Ten slotte is er een federale stuurgroep, die het dagelijks beheer van het hele project op zich neemt. Ook is er het begeleidingscomité, waarbinnen de stuurgroep rapporteert.

Op alle genoemde niveaus zijn de huisartsen vertegenwoordigd.

Ik wil ook benadrukken dat de huisartsenkringen nooit werden verplicht, om in een fase of in het geheel mee te stappen. Een aantal kringen wenst bijvoorbeeld te wachten om in te stappen tot de derde fase wordt gerealiseerd. Zij zijn immers van mening dat zij nu een systeem hebben dat via het centrale oproepnummer goed werkt. Zij willen dus nu nog niet instappen. Zij zullen instappen, eens het hele systeem wordt geïmplementeerd, wat niet zo moeilijk zal zijn. Zij zijn immers al georganiseerd en hebben al een centraal oproepnummer. Ook bij ons is dat het geval.

Dat zal dus het grote probleem niet zijn. Het probleem is dat men nu moet beginnen werken in regio's en zones waar nog maar weinig coördinatie van de wachtdiensten was.

Ik heb er echter alle vertrouwen in dat het systeem goed zal worden uitgerold. We moeten echter ook weten waarmee wij bezig zijn. Het systeem moet veilig zijn. Wachtdiensten zullen ook 's nachts en in het weekend doorgaan. Zij zullen ook in paniektoestanden doorgaan. Er zijn immers heel veel mensen die de 100 bellen, maar niet weten om welk nummer het gaat, gewoon omdat zij in paniek zijn. Zij vermelden bijvoorbeeld het huisnummer niet of geven niet mee of de patiënt al dan niet bewusteloos is.

Een oproep gebeurt altijd in paniek. Met dat gegeven moeten wij rekening houden. Ik heb er echter alle vertrouwen in dat het systeem er zal komen.

15.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord.

U houdt ter zake een juiste lijn aan.

Het is een belangrijk project. Wanneer het ooit in de eindfase komt – het ziet ernaar uit dat het project goed naar die eindfase op weg is –, zal het absoluut een verbetering zijn. Wij hebben echter liever dat er niet te vroeg mee wordt begonnen. Het is beter dat het op een juiste manier wordt ingeschakeld, dan dat er, zoals u opmerkt, accidenten gebeuren omdat wij een termijn willen halen.

Ik dank u voor uw antwoord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Chers collègues, je souhaiterais m'absenter deux minutes. Je reviens ensuite pour une vingtaine de minutes car je dois quitter à 18 h 30. Puis-je demander à Mme Van Peel de me remplacer à la présidence? Je choisis cette fois-ci Mme Van Peel plutôt que Mme Van Camp qui est vice-présidente de

manière à ce qu'elle puisse poser ses questions. Les prochaines fois, ce sera Mme Van Camp qui me remplacera.

Voorzitter: Valerie Van Peel.

Présidente: Valerie Van Peel.

16 Question de M. Benoit Hellings à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre du plan national sida (2013-2018)" (n° 615)

16 Vraag van de heer Benoit Hellings aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de implementatie van het nationaal aidsplan (2013-2018)" (nr. 615)

16.01 Benoit Hellings (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, il y a un an, votre prédécesseur, Mme Onkelinx, présentait le plan national de lutte contre le sida pour la période 2013-2018. Ce projet qui était, enfin, pluriannuel, transversal, et qui impliquait tous les niveaux de pouvoir de ce pays, à savoir les Communautés, les Régions et l'État fédéral était attendu par de très nombreuses associations actives dans la lutte contre cette épidémie et le soutien des séropositifs. Elle souhaitait mettre en place 58 actions prioritaires. Malheureusement, aucune d'entre elles n'a, pour l'heure, été finalisée.

La philosophie de ce plan, qui avait fait l'objet d'une concertation avec des centaines de citoyens, mais aussi des bénévoles et des professionnels actifs dans le secteur concerné, était qu'en matière de prévention et de dépistage, il s'agissait de concentrer les efforts sur les groupes à risques et de mettre un nom sur ceux-ci, sans rejeter encore et toujours les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (la catégorie des HSH) et les migrants déjà victimes de préjugés et de discriminations.

Le 21 novembre dernier, les chiffres de l'infection par le virus du sida ont été dévoilés par l'Institut scientifique de Santé publique pour l'année 2013. Ils font état de 1 115 nouveaux diagnostics positifs en Belgique, soit plus ou moins trois nouveaux cas, en moyenne, par jour. Cinquante et un pour-cent appartiennent à la catégorie très polymorphe – je ne sais pas très bien ce que cela signifie – des HSH.

Si le total des nouvelles détectations a baissé de 9 % par rapport à 2012 – cela est plutôt une bonne nouvelle –, le recul enregistré semble s'expliquer par la diminution des nouveaux diagnostics parmi les personnes provenant d'Afrique subsaharienne (moins 24 % par rapport à 2012). Il s'agirait donc d'un effet statistique et non d'une vraie baisse de l'épidémie.

Interrogés par Belga, l'Institut de Santé publique et l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers avancent une explication politique et statistique à cette baisse spectaculaire. Je les cite: "Cela ne veut pas dire que moins d'Africains sont infectés par le virus du sida, mais que moins de personnes d'origine africaine rentrent sur le territoire belge et ceux qui s'y trouvent déjà ont parfois peur de se faire dépister craignant, éventuellement, un retour forcé ou le refus de soins en cas de diagnostic positif".

Madame la ministre, envisagez-vous, enfin, la mise en œuvre telle quelle du plan sida 2013-2018? Si oui, quelles seront les actions prioritaires sur lesquelles vous souhaitez insister en votre début de mandature? Si vous souhaitez changer de tactique, comment envisagez-vous la lutte contre le sida? Nous sommes à quelques jours de la Journée mondiale de lutte contre le sida.

Compte tenu des chiffres avancés par l'Institut de Santé publique concernant l'évolution de l'épidémie, il apparaît toujours aussi clairement que les deux populations à cibler sont toujours les migrants et les HSH.

Quelles initiatives législatives envisagez-vous afin de permettre la généralisation du dépistage démedicalisé et décentralisé, qui était une des mesures prioritaires présentées dans le plan. Cette technique s'avère particulièrement efficace auprès de ces deux publics-cibles comme on peut le constater dans les pays voisins? Je pense notamment à la France.

Quelles initiatives envisagez-vous de prendre avec votre collègue en charge de l'Asile et la Migration afin d'offrir aux personnes d'origine africaine la possibilité de se faire dépister plus efficacement? Comment, concrètement, envisagez-vous de lutter contre la crainte de ces personnes de se voir imposer un retour forcé en cas de diagnostic positif? On sait que c'est une des difficultés majeures de pouvoir contenir l'épidémie auprès des publics migrants.

16.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Hellings, le plan HIV 2014-2019 a fait

l'objet d'un protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, qui a été publié dans le *Moniteur belge* le 21 novembre 2013. Il est donc indispensable que l'implémentation éventuelle des actions de ce plan soit réalisée en concertation avec les entités fédérées.

En effet, la prévention et le dépistage, qui constituent une partie importante du plan, relèvent des compétences des autorités fédérées. Ces concertations sont relancées à court terme dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique.

En outre, la Conférence interministérielle a également souhaité l'élaboration et la mise en exécution d'un plan global en matière de prise en charge des malades chroniques. Afin d'éviter la fragmentation et la duplication des efforts et des ressources, il conviendra d'intégrer l'exécution du plan HIV à cette démarche plus globale. De telles synergies ne devraient, toutefois, pas remettre en question les priorités retenues dans le plan HIV, notamment en termes de groupes-cibles prioritaires.

Quant à votre dernière question, elle relève entièrement de la compétence de mon collègue à l'Asile et à la Migration. Mais comme j'ai occupé ces fonctions, je peux vous dire que, pour chaque arrivant, un dépistage de TBC a lieu à l'Office des Étrangers, suivi par un examen médical pratiqué dans le centre.

Présidente: Muriel Gerkens.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

Tous sont examinés. S'ils sont d'accord, on leur fait une prise de sang. Là, il n'y a plus de doute.

Nous sommes également très attentifs au risque d'Ebola dans nos centres. Dès leur entrée au centre, un médecin leur fait passer un examen médical. Pour plus de détails, je vous invite à vous adresser à M. Francken.

16.03 Benoît Hellings (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie. Vous avez été en charge de l'Asile et de la Migration. Un des constats de l'Institut de Santé publique est que la politique migratoire qui a été la vôtre, qui a été plus répressive, a eu un impact inattendu sur le dépistage des personnes d'origine subsaharienne. Elles ont peur de se faire dépister, de crainte qu'un résultat positif soit une raison pour elle d'être exclues. C'est une donnée nouvelle. Les chiffres du sida ne baissent donc pas pour des raisons de fonctionnement d'un plan de santé publique mais bien pour des raisons statistiques.

En ce qui concerne la mise en œuvre du plan, j'entends bien que vous attendez les Communautés et les Régions pour avancer car il est clair qu'on ne pourra avancer qu'ensemble. C'est d'ailleurs le constat qui a été fait par le plan. Il n'empêche que la démedicalisation des tests, par exemple, c'est-à-dire le fait de procéder à un test sans faire appel à un médecin, demande une modification législative. Cette modification peut venir de vous, dans la mise en œuvre du plan sida, ce qui était d'ailleurs prévu. Ou alors nous allons devoir prendre nos responsabilités en tant que parlementaires et déposer une proposition de loi. Le fédéral peut agir dans la démedicalisation par cette loi mais aussi par la prise en charge de ces tests par l'INAMI. Il est important que l'INAMI puisse prendre en charge financièrement ces tests décentralisés.

Vous avez parlé d'Ebola. Je félicite le gouvernement d'avoir nommé une "madame Ebola". Il faudrait aussi une "madame sida" ou un "monsieur sida", comme c'est d'ailleurs prévu dans le plan sida.

16.04 Maggie De Block, ministre: (...)

16.05 Benoît Hellings (Ecolo-Groen): S'il y a une "madame Ebola", il faudra une "madame sida". C'est une responsabilité qui vous incombe. Je vous incite vraiment à la nommer le plus rapidement possible, car ce plan sida doit être très vite mis en œuvre compte tenu de l'épidémie gravissime.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de RIZIV-controle van de thuisverpleging" (nr. 621)

17 Question de Mademoiselle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les contrôles INAMI dans le secteur des soins à domicile" (n° 621)

17.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, in de thuisverpleging wordt op Vlaams niveau gewerkt aan de omschakeling van de KATZ- naar de BelRAI-schaal om de zorgzwaarte van patiënten objectiever en beter te kunnen scoren. Deze omschakeling kunnen wij alleen maar toejuichen, aangezien de subjectiviteit van de KATZ-schaal vaak tot een discordantie leidt tussen de beoordeling van, enerzijds, de thuisverpleegkundige en, anderzijds, de RIZIV-controleur. In de toekomst zal dit beoordelingsverschil blijven bestaan als de periode tussen de evaluatie door de verpleegkundige en de evaluatie door de controleur te ruim is, wat vandaag het geval is.

Ten eerste, welke initiatieven plant u om de controle op de inschatting door de thuisverpleegkundige van de zorgzwaarte van de patiënt op een objectievere manier te laten verlopen, met dan vooral aandacht voor het tijdsbestek tussen beide beoordelingen?

Ten tweede, houdt u de gegevens van de controle systematisch bij op een manier die het mogelijk maakt om outliers op te sporen, bijvoorbeeld controleurs waarbij het oordeel veel vaker afwijkt van dat van de verpleegkundigen dan gemiddeld of controleurs tegen wier oordeel vaker dan het gemiddelde in het verweer wordt gegaan?

17.02 Minister Maggie De Block: (...) van de KATZ-schaal in de thuisverpleging op twee niveaus gebeurt, enerzijds door de adviserend geneesheren, anderzijds door de verpleegkundig-controleurs van de ziekenfondsen en door de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV. De ziekenfondsen controleren vaker, meer gericht op enkel de KATZ-schaal, en relatief kort na het verlenen van de verstrekkingen. De onderzoeken van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle zijn minder frequent en slaan vaak op meer aspecten van de RIZIV-regelgeving, waardoor er ook een langere periode is tussen de attestering van de betrokken verstrekkingen en de controle daarop.

De controles gebeuren op basis van richtlijnen, uitgewerkt binnen de overeenkomstencommissie Verpleegkundigen-Verzekeringsinstellingen, waaraan ook vertegenwoordigers van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle meewerken. Die richtlijnen zijn voor alle betrokkenen van toepassing en zijn beschikbaar via de website van het RIZIV.

Inzake de initiatieven om de controle objectiever te laten verlopen, verwijs ik naar enkele acties die uitgewerkt zijn in de overeenkomstencommissie Verpleegkundigen-Verzekeringsinstellingen. In 2013 heeft die commissie nieuwe richtlijnen uitgewerkt, waarbij de verpleegkundigen meer gedetailleerde scores konden invullen op die KATZ-schaal.

Die nieuwe richtlijnen werden in de loop van 2013-2014 uitvoerig getest bij thuisverpleegkundigen en controleurs van de ziekenfondsen. De resultaten van die tests tonen aan dat die richtlijnen niet leiden tot meer overeenstemming tussen thuisverpleegkundigen en de controlerende verpleegkundigen, wat nochtans wel de doelstelling was. De overeenkomstencommissie onderzoekt nu andere manieren om die overeenstemming te verhogen, zoals gezamenlijke vormingsactiviteiten.

Uit de resultaten van die tests bleek ook dat de meer uitgewerkte minimale inhoud van het verpleegkundig dossier, een maatregel sedert 2012, voor veel thuisverpleegkundigen een goede basis vormt om de ingevulde scores van de KATZ-schaal beter te onderbouwen. Het nut van een goed ingevuld dossier werd zo zichtbaar, niet alleen voor de opvolging van de patiënt en de communicatie tussen zorgverleners, maar ook om objectieve verduidelijkingen te kunnen geven bij controle.

Op 1 juli 2014 is de regelgeving rond de KATZ-schaal in de thuisverpleging aangepast en de overeenkomstencommissie heeft ter gelegenheid daarvan afspraken gemaakt die moeten leiden tot meer interactie tussen ziekenfondsen en thuisverpleegkundigen. Indien bijvoorbeeld na controle het ziekenfonds meent dat de zorgafhankelijkheid van de patiënt lager is dan wat de verpleegkundige had aangegeven, dan zal het ziekenfonds pogen om binnen de tien werkdagen na de controle de verpleegkundige van die lagere score te verwittigen.

De recuperatie van vermeend onterecht uitbetaalde bedragen wordt dan ook tien werkdagen uitgesteld, zodat de verpleegkundige de gelegenheid krijgt om alsnog bewijsstukken ter staving van zijn scores op de evaluatieschaal naar het ziekenfonds te sturen. Het ziekenfonds onderzoekt dan dat dossier en bezorgt de definitieve beslissing aan de verpleegkundige.

Om de mensen niet in problemen te brengen wordt hen nu dus de kans gegeven om bijkomende bewijzen te

leveren. Na die beslissing zijn de gebruikelijke beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbank nog steeds mogelijk. Vroeger moest men direct naar de arbeidsrechtbank, nu krijgt men uitstel en kan men nog meer zaken aanleveren. Deze procedure zal ook worden geëvalueerd naarmate er meer gevalideerde gegevens beschikbaar komen. Het is nog relatief nieuw en wij weten nog niet wat het zal opleveren. Ik stel voor dat wij dit project toch een periode van zes maanden tot een jaar laten lopen. Ik volg deze initiatieven van de overeenkomstencommissie en ik kijk ook uit naar de evaluatie ervan.

Het RIZIV houdt geen statistieken bij van de scores die individuele controleurs geven. Extreme persoonlijke meningen worden trouwens getemperd doordat de richtlijnen voor alle betrokkenen dezelfde zijn en doordat de uiteindelijke beslissing vaak in groep of onder supervisie van een derde, zoals de adviserend geneesheer, wordt genomen. Tussen de adviserend geneesheren van de verschillende verzekeringsinstellingen is er ook regelmatig formeel overleg in het Nationaal college van de adviserend geneesheren van het RIZIV. Ook binnen de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle is er overleg tussen de verpleegkundig-controleurs over hun bevindingen en bestaat er een systeem van supervisie.

17.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord.

Die maatregelen klinken inderdaad heel goed, zeker de gezamenlijke opleiding en het blijvend onder de aandacht brengen van die gezamenlijke richtlijnen. Daar is er immers vaak nog een probleem van interpretatie.

Wij zullen dit dossier opvolgen en zien of er na die zes tot twaalf maanden een verbetering is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "interoperabiliteitsvoorwaarden" (nr. 622)

18 Question de Mademoiselle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conditions d'interopérabilité" (n° 622)

Voorzitter: Valerie Van Peel.

Présidente: Valerie Van Peel.

18.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in de recente omzendbrieven aan ziekenhuizen wordt het respecteren van een aantal interoperabiliteitsstandaarden die zijn uitgewerkt binnen het eHealth-platform en het effectief delen van gegevens via deze standaarden als voorwaarde gesteld voor een verdere basisfinanciering van ziekenhuizen inzake ICT.

Mijn partij is expliciet voorstander van het uitbouwen van e-Health. Over die omzendbrief heb ik echter enkele vragen.

Ten eerste, werd er voorafgaand overleg gepleegd met de sectoren – ICT-bedrijven en ziekenhuizen – om bij het vastleggen van de standaarden de onderlinge concurrentie in de sector te bewaken en te vrijwaren?

Ten tweede, welke actoren werden betrokken bij het opstellen van de omzendbrief?

18.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, alle standaarden waarnaar wordt verwezen in voormelde omzendbrief werden uitgewerkt door het eHealth-platform, in nauw overleg met de ziekenhuizen.

Concreet zijn de webservices en de uitgewisselde berichten gedefinieerd volgens internationale standaarden zoals XML. Alle webservices en berichtformaten zijn publiek consulteerbaar op de website van eHealth en ook inhoudelijk gebaseerd op internationale standaarden.

Daarnaast is er een systematische opvolging binnen het beheerscomité van het eHealth-platform, met een vertegenwoordiging van de sector, in casu Agoria.

De principes in de omzendbrief zijn het resultaat van de werkzaamheden en besprekingen in het raam van twee actiepunten uit het actieplan e-gezondheidszorg. Dit plan is het resultaat van een breed overleg met

alle actoren op het terrein en werd goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie van 29 april 2013.

Het tweede actiepunt van dit plan is het ontwikkelen van een elektronisch patiëntendossier voor alle ziekenhuizen en het negende actiepunt is het aanpassen van de financiering als incentive voor het gebruik van e-gezondheid.

In het raam van het tweede actiepunt werden de voornaamste doelstellingen voor het elektronisch patiëntendossier gedefinieerd en gerangschikt volgens drie prioriteitsniveaus. Dit document is ook beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid. De maatstaf werd opgesteld in samenwerking met onder meer vertegenwoordigers van de ziekenhuizen.

De aanpassing van de financiering heeft het voorwerp uitgemaakt van een bijzondere werkgroep in het kader van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, waarvan vertegenwoordigers van de ziekenhuissector, directies, artsen, verplegers en de ziekenfondsen deel uitmaken. Daarna werd het advies van de werkgroep voorgelegd aan de afdeling financiering en het adviesbureau.

18.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, wij willen ons er zeker van vergewissen dat er in de opstartende werkgroepen niemand uit de ICT-sector betrokken is. Wij vragen dan ook dat u dit kritisch bekijkt en, waar mogelijk, oplossingen zoekt voor bepaalde personen die een dubbele pet dragen in de twee organisaties.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Health Technology Assessment" (nr. 623)

19 Question de Mademoiselle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'Évaluation des Technologies de la Santé" (n° 623)

19.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, in uw beleidsnota lezen we dat *evidence-based practice*, EBP, een sleutelbegrip in uw beleid zal vormen. Onze partij onderschrijft dit principe volledig, waarbij alleen behandelingen worden terugbetaald waarvan het effect wetenschappelijk is aangetoond.

In Health Technology Assessment is echter niet alleen het EBP-gegeven belangrijk, ook het daaraan gekoppelde kosteneffectiviteitsplafond is cruciaal. Een behandeling waarvan het effect wetenschappelijk bewezen is, kan namelijk op twee assen gepositioneerd worden: de delta kosten en de delta gewonnen kwaliteitsvolle levensjaren, de zogenaamde QALYs.

Een uitermate dure behandeling die een beperkte QALY-winst oplevert, kan evengoed wetenschappelijk bewezen zijn en dus aan het EBP-gegeven beantwoorden.

U zegt dat u behandelingen zal terugbetalen waarvan de effectiviteit bewezen is. Wil dat zeggen dat u elke behandeling waarvan louter de effectiviteit bewezen is zult terugbetalen?

Indien u rekening zult houden met de verhouding tussen gewonnen kwaliteitsvolle levensjaren en toegenomen kosten, welke *incremental cost- effectiveness ratio* (ICER) stelt u dan voorop bij de toekomstige evaluatie van nieuwe behandelingen, rekening houdend met uw budget voor de komende jaren?

Als u geen rekening zult houden met de in ICER vermelde verhoudingen, welke maatstaf zult u dan gebruiken om behandelingen wel of niet terug te betalen?

19.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, wanneer ik in het regeerakkoord of in mijn algemene beleidsnota naar *evidence-based medicine* verwijst, bedoel ik daarmee de aanbevelingen voor een goede praktijkvoering, onder meer op het vlak van geneeskundevoorschriften, beeldvorming en klinische biologie.

Het RIZIV heeft op dat vlak al veel inspanningen geleverd en zal dat ook blijven doen. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de brochure over het rationeel voorschrijven van medische beeldvorming door de oprichting van het Belgium Medical Imaging Platform, de brochure over tests inzake klinische biologie, de creatie van de website EBMPracticeNET, waarmee aanbevelingen kunnen worden gepromoot, en de feedback die aan de artsen wordt verstuurd.

Wanneer men het vandaag over het gebruik van Health Technology Assessment heeft, gaat het er eigenlijk om de meest geschikte investering te kiezen. Dat betekent ook dat investeringen in nieuwe technologieën afhankelijk worden van de vraag of ze een werkelijke verbetering inhouden in vergelijking met de eventueel reeds bestaande technologie.

Is de beeldvorming fijner? Laat ze toe een preciezere diagnose of differentiële diagnoses te stellen? Dat zijn de vragen bij elke nieuwe technologie.

In uw vraag vermeldt u de economische opportuniteit om iemand al dan niet te behandelen op basis van de zogenaamde QALY's of *Quality-adjusted Life Years* en de kosten per gewonnen jaar. Dat kan in theorie wel, maar het kan niet als dusdanig door technici worden toegepast. Het gaat om ethische keuzes, die deel uitmaken van een maatschappelijk debat.

De Koning Boudewijnstichting heeft samen met het RIZIV en het Kenniscentrum een soort burgeroverleg georganiseerd, teneinde criteria vast te leggen waarmee de maatschappelijke voorkeuren beter in aanmerking kunnen worden genomen. De resultaten van dat overleg worden tegen februari 2015 verwacht.

Het Kenniscentrum zal over hetzelfde thema binnenkort ook een studie op basis van een grote enquête bij de stakeholders en de burgers afwerken. De vraag is, ten eerste, hoeveel jaar de bevolking langer zal leven en, ten tweede, wat de kostprijs is.

De antwoorden op beide vragen moeten tegen elkaar worden afgewogen. Het gaat echter om een ethische discussie. Voor sommige gevallen zijn wij bereid te investeren. Denk maar aan de nierdialyse, die een heel dure behandeling is, om langer te kunnen leven. Voor andere gevallen kan ook door minder dure beslissingen het leven worden verlengd.

Ik voeg er nog aan toe dat kosteneffectiviteit reeds in een aantal beslissingsprocessen inzake de terugbetaling is ingebouwd, bijvoorbeeld in het kader van de adviezen van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen en de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

Met mijn administratie wil ik ook nagaan op welke manier de advies-, overleg- en besluitvormingsorganen criteria als *evidence-based* en natuurlijk ook kosteneffectiviteit nog meer systematisch in hun werking kunnen inbouwen.

19.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, met de stelling dat een ICER enkel op papier bestaat, ben ik het niet helemaal eens. In de Verenigde Staten wordt er wel een heel concreet cijfer opgeplakt en wordt dat cijfer ook gebruikt. Dat helpt daar om de budgetten te beheersen en beslissingen tegenover de bevolking te verantwoorden.

Wij zijn echter wel van mening dat het mogelijk is om, zonder er echt een concreet cijfer op te plakken, de nodige transparantie aan de dag te leggen, ter zake consequent te zijn en een en ander naar de burgers te vertalen of het hen uit te leggen. Daarin hebben wij alle vertrouwen.

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

20 Vraag van mevrouw Nahima Lanjri aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "CVS en cognitieve gedragstherapie" (nr. 361)

20 Question de Mme Nahima Lanjri à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le SFC et la thérapie cognitivo-comportementale" (n° 361)

20.01 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de minister, in het nieuwe beleid met betrekking tot de behandeling van CVS-patiënten verwijzen diagnosecentra bepaalde patiënten door naar cognitieve gedragstherapeuten. Deze therapeuten dienen vooraf erkend te zijn door het RIZIV volgens overeenkomsten opgestart op 1 september 2014. Alle informatie staat op de website van het RIZIV, maar men moet van het RIZIV eerst wel een erkenning krijgen. Daardoor kan de patiënt maximum zeventien individuele sessies terugbetaald krijgen. Andere bestaande therapieën met soms opleidingen tot vier of vijf jaar, bijvoorbeeld systeemtherapie of gezinstherapie, worden niet door het RIZIV erkend, en kunnen niet terugbetaald worden in het kader van de behandeling van bijvoorbeeld CVS.

Vanuit medisch-wetenschappelijk oogpunt blijft men de cognitieve gedragstherapie als voorkeursbehandeling zien, omdat er momenteel geen bewijzen zijn dat andere therapieën of stromingen even goed of eventueel beter zijn. Er zijn evenwel weinig mogelijkheden om therapieën met elkaar te vergelijken. Zowel voor de patiënt als voor de overheid is het belangrijk om de meest outcome-basedbehandeling te bekijken, niet enkel de evidence-basedbehandeling, om de behandeling te laten terugbetalen, met oog voor de vraag wat het meeste effect heeft. Dit is tijdbesparend voor de patiënt en kostenbesparend voor de overheid. Zo blijkt bijvoorbeeld dat drie tot vier sessies van de oplossingsgerichte cognitieve systeemtheorie volstaan.

Uit recent Amerikaans onderzoek van Barry Duncan blijkt trouwens dat slechts een beperkt gedeelte wordt bepaald door de therapie zelf en dat heel veel andere factoren een rol spelen bij het succes van de behandeling. Vijftien procent van het succes van een behandeling heeft te maken met de therapie of de methodiek die men gebruikt, 40 % met eigenschappen van de patiënt en 30 % met de relatie tussen de arts of therapeut en de patiënt. Men zou een beperkt pilootproject kunnen starten voor CVS-patiënten die behandeld worden met een andere, niet-cognitieve gedragstherapie. Dit kan misschien interessante resultaten opleveren. Ik zeg niet dat het zo zal zijn, het kan. Vandaag worden enkel de cognitieve gedragstherapieën erkend door het RIZIV en het is belangrijk om na te gaan of de andere therapieën voldoende resultaten opleveren.

Bent u bereid om een proefproject op te starten waarbij CVS-patiënten doorverwezen worden naar bijvoorbeeld cognitieve systeemtherapeuten in plaats van enkel naar gedragstherapeuten, zodat een vergelijking kan gebeuren op het vlak van de resultaten, de efficiëntie en de behandeling? Zo kunnen achteraf beleidskeuzes worden gemaakt.

Wanneer zal de werking van de diagnosecentra en de effectiviteit van de behandeling op individuele basis door cognitieve gedragstherapeuten worden geëvalueerd? Dat staat immers ook in het regeerakkoord.

Kunnen, op basis van de resultaten van de evaluatie, de RIZIV-overeenkomsten bijvoorbeeld worden uitgebreid met of vervangen worden door andere therapievormen?

20.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Lanjri, het budget van de verplichte ziekteverzekering kan niet worden gebruikt ter realisatie van proefprojecten om na te gaan of een bepaalde behandeling al dan niet werkt voor een bepaalde aandoening. Het is nodig dat er vooraf al voldoende wetenschappelijk onderzoek is gedaan.

Voor cognitieve gedragstherapie als behandeling van CVS is dat het geval. Het gunstig effect van deze behandeling op CVS is herhaaldelijk aangetoond in hoogstaand wetenschappelijk onderzoek waarbij grote aantallen CVS-patiënten zijn behandeld met de cognitieve gedragstherapie. Dat blijkt uit rapporten en aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, zoals het rapport 88A, en van vergelijkbare internationale instanties, zoals het National Institute for Health and Care Excellence en het Centraal Begeleidingsorgaan NE 2013. Het is dus verdedigbaar dat deze specifieke behandelingsvorm ook wordt terugbetaald. Hetzelfde geldt voor graduele oefentherapie.

De behandeling die u aanbrengt, oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie, wordt niet aanbevolen door voormelde instanties als behandeling voor CVS. Dat geldt echter wel voor de twee andere vermelde therapieën. Ik leid daaruit af dat er weinig specifiek onderzoek bestaat naar de behandeling van CVS met oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie.

Volgens de evidence-basednormen dient een behandeling echter te zijn getest bij een groot aantal patiënten in het kader van een gerandomiseerd en gecontroleerd experiment. Men kan twee groepen dus niet met elkaar vergelijken. *Evidence-based* wordt bewezen door dubbelblind, gerandomiseerd onderzoek in een grote groep, waarbij een deel wordt behandeld met een placebo en een ander deel met de therapie. Vervolgens meet men of er een *evidence-based* effect is.

U stelt ook dat de slaagkansen van psychotherapeutische behandelingen in belangrijke mate worden bepaald door andere eigenschappen eigen aan de patiënt en eventueel door de relatie tussen patiënt en therapeut. Dat is ook zo. In de CVS-overeenkomst die het RIZIV heeft opgesteld, wordt hiermee wel degelijk rekening gehouden. Zo is er een specifieke opdracht voor de gespecialiseerde centra om voor de patiënt een therapeut te zoeken waarmee hij een volledige overeenstemming kan bereiken. Het moet dus klikken

tussen de patiënt en de therapeut, ander komt men nergens. Dat is ook nodig omdat er een zekere vertrouwensrelatie moet worden opgebouwd. Men kan natuurlijk niet altijd vanaf de eerste dag vaststellen of het klikt. Er is dus in voorzien dat de patiënt van therapeut kan veranderen zonder daardoor vergoedbare sessies te verliezen.

De onderzoeksbevindingen waarnaar u verwijst zijn wat ze zijn. Ze kunnen echter geen vrijgeleide vormen om eender welke behandeling toe te laten. Rekening houdend met het voorgaande zijn er momenteel onvoldoende elementen en argumenten om in het raam van de verplichte ziekteverzekering nog een proefproject te ontwikkelen waarbij ook oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie of andere onvoldoende gevalideerde therapieën worden aangeboden.

De nieuwe CVS-overeenkomst staat momenteel ter discussie. Over enkele weken zal er duidelijkheid moeten komen over de voortzetting van deze overeenkomst. Indien ze voortgezet wordt, is alvast gepland dat de uitvoering ervan tussentijds en finaal grondig geëvalueerd zal worden. Dat geldt ook voor het luik cognitieve gedragstherapie.

Momenteel wordt de CVS-problematiek eigenlijk met open vizier bekeken door mijn beleidscel en het RIZIV. Dat betekent echter niet dat als de overeenkomst zou worden stopgezet, het budget voor deze overeenkomst kan worden gebruikt om andere behandelingen terug te betalen indien het effect ervan nog onvoldoende werd aangetoond, of dat het kan worden besteed aan activiteiten die eigenlijk meer thuishoren bij het wetenschappelijk onderzoek.

Het is dus een belangrijk moment waarop we de vroegere behandelingen inzake CVS moeten evalueren. We moeten bekijken met welke behandelingen we doorgaan, welke er resultaat opleveren en welke niet. Misschien moeten we het eens over een andere boeg gooien. Een zaak is echter zeker: als er iets anders wordt overwogen, dan moet het in elk geval een methode zijn die *evidence-based* haar werkzaamheid heeft aangetoond. Het is dan niet aan ons om dit met proefprojecten verder te gaan onderzoeken. Het moet eerst wetenschappelijk bewezen zijn, anders kunnen wij er niets mee doen.

20.03 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik begrijp dat u zegt dat dergelijke proefprojecten binnen de middelen van het RIZIV niet opgezet kunnen worden. Waarschijnlijk zijn er daartoe wel andere mogelijkheden.

U zegt dat het resultaat wetenschappelijk bewezen moet zijn. Daar heb ik wel oor naar, maar ik wil wel een nuance aanbrengen. Ook naar mijn oordeel moeten de resultaten van therapieën wetenschappelijk aangetoond worden. Het is echter wel belangrijk om de andere therapieën ook op een of andere manier uit te testen, zodat ze een kans krijgen. De resultaten van de tests zullen aangeven of die therapieën al dan niet effectief zijn.

Ik verneem dat zulke onderzoeken soms ook gebeuren in een setting met een patiënt zonder rekening te houden met diens kenmerken, waardoor het bijna een soort van ideale patiënt is. Tests op zulke patiënten leveren dan ook alleen resultaten op voor mensen met dat specifiek, zeer geïsoleerd probleem, terwijl mensen ingewikkeld in elkaar zitten en vaak ook meerdere problemen hebben. De test zou daarom uitgevoerd moeten kunnen worden met patiënten die naast de problematiek van CVS ook andere problemen hebben.

Ik begrijp absoluut uw bezorgdheid als u zegt dat dit niet zomaar uit de losse pols mag gebeuren, dat de resultaten wetenschappelijk aangetoond moeten worden of dat uit de praktijk moet blijken dat de behandeling goed is. Daarom stel ik voor om met een open vizier te kijken naar de therapieën die kunnen helpen. Ik beweer niet dat de huidige therapie niet goed zou zijn, maar de vraag luidt of andere therapieën niet minstens even goed zijn, zo niet zelfs beter. Uit de praktijk blijkt namelijk dat patiënten soms met drie of vier van dergelijke behandelingen volstaan.

Ik wil er dus toe oproepen, zelfs als u zegt dat dit wetenschappelijk onderzocht moet worden, om de andere therapievormen ook kansen te geven, om te bewijzen dat zij voldoende effectief zijn.

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

21 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over

"de aanpak van obesitas" (nr. 625)

21 Question de Mademoiselle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre l'obésité" (n° 625)

21.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Een op twee Belgen kampt met overgewicht en 15 % heeft effectief obesitas. Obesitas is een belangrijke risicofactor voor verschillende aandoeningen, waaronder diabetes type 2, waarover wij het al hebben gehad. Wereldwijd kost obesitas ons 2,8 % van de jaarlijkse economische activiteit. Dat is evenveel als roken of gewapende conflicten in de wereld en meer dan alcoholisme en klimaatverandering samen.

De omvang van obesitas heeft alarmerende proporties aangenomen. Inderdaad, preventie is en blijft de beste behandeling en daar is de Vlaamse regering grotendeels verantwoordelijk voor. Ondertussen heeft echter een op twee Belgen al overgewicht en bovendien zijn er ook op het federale niveau verschillende hefbomen waarmee de strijd tegen zwaarlijvigheid aangegaan kan worden.

Ik heb de volgende vragen.

Ten eerste, welke aanpak plant u voor de Belgen die reeds overgewicht hebben? Dat is en blijft een federale materie.

Ten tweede, plant u binnen de bevoegdheden van de regering maatregelen die overgewicht kunnen voorkomen?

21.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, ik dank u voor uw vraag.

Sinds 2005 beschikt België over een Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan waarin ruimschoots aandacht wordt besteed aan de obesitasproblematiek. Het plan werd uitgewerkt in 2005 en was dan ook gebaseerd op aanbevelingen die werden geformuleerd door internationale organisaties, zoals de Europese Unie en de WHO.

Het onderdeel betreffende de preventie, de gezondheidspromotie en de sensibilisatie behoort grotendeels tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen. Er zijn echter ook federale bevoegdheden. Wat dat betreft, werd beslist een voedingsteam te financieren binnen de ziekenhuizen. Deze teams zijn in 2007 van start gegaan onder de vorm van pilootprojecten. Het aantal projecten is geleidelijk aan toegenomen.

Sinds dit jaar worden alle algemene ziekenhuizen gefinancierd voor de oprichting van een dergelijk team dat op zijn minst is samengesteld uit een diëtiste, een verpleegkundige, een arts, een apotheker en natuurlijk ook de verantwoordelijke van de keuken. Deze teams, die aanvankelijk bestemd waren om ondervoeding van patiënten, en meer bepaald oudere patiënten, tegen te gaan, werden dan ook vrij snel ingeschakeld voor het opsporen en het behandelen van patiënten met overgewicht.

Zo werden in 2013, onder de bijna 160 000 opgespoorde patiënten, nagenoeg 25 000 obesitaspatiënten geïdentificeerd. Dit komt neer op 15,6 %.

Deze teams hebben ook als taak de uitwisseling van voedingsinformatie tussen alle patiëntgerelateerde zorgverleners te verbeteren. Het gaat hierbij om informatie-uitwisseling, zowel binnen het ziekenhuis als met de eerstelijnszorgverstrekkers. Er werden ook initiatieven opgestart om de zorgteams te sensibiliseren voor het motiveren van de patiënt om ook regelmatig aan lichaamsbeweging te doen, maar ook voor een extreme transfer van de gegevens met voedingsaanbevelingen, zoals het dieetboekje, de verbinding ziekenhuis/thuis, thuis/RVT en ziekenhuis/RVT. Daarnaast wordt bij het ontslagdocument ook een lijst toegevoegd met tips om de voeding thuis aan te passen op basis van eenvoudige en gemakkelijk te verkrijgen voedingsmiddelen.

Zij krijgen dus niet alleen hun geneesmiddelenvoorschrift mee, maar ook bijvoorbeeld de raad om drie keer een halfuur te stappen, naargelang de conditie, wanneer zij uit het ziekenhuis ontslagen zijn. Ook voedingsadvies, soms met een aantal calorieën en soms met een specifiek dieetadvies, wordt door het ziekenhuis meegegeven.

21.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat gebeurt in de ziekenhuizen, en dat is heel positief. Dat is een mooi initiatief. Maar wat de totale bevolking betreft, meen ik dat er op federaal niveau nog hefbomen mogelijk zijn,

bijvoorbeeld het promoten van gezonde voeding, de registratie bij de artsen en de koppeling aan een diëtist. Daar kan toch wat gebeuren, natuurlijk in samenwerking met de Gemeenschappen. Op federaal niveau is ook een taks op bepaalde voeding mogelijk, en zelfs in de terugbetalingsvoorwaarden zien wij mogelijkheden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

22 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fusie van de wachtdiensten in Brussel en de gevolgen hiervan voor de Nederlandstalige patiënten" (nr. 631)**

22 **Question de Mademoiselle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fusion des services de garde bruxellois et ses conséquences pour les patients néerlandophones" (n° 631)**

22.01 **Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de huisarts is de spil in de zorg. Het is cruciaal dat patiënten bij de huisarts terecht kunnen voor zowel urgente als niet-urgente zorgen en dat zij daarbij verder worden geholpen in een taal die zij begrijpen, die hen eigen is.

In Brussel is hulp in de eigen taal jammer genoeg geen evidentie. Nu al kunnen Nederlandstalige patiënten in Brussel vaak niet in hun eigen taal terecht in de IRIS- en OCMW-ziekenhuizen, hoewel dat in strijd is met de taalwetgeving.

Deze situatie zorgt voor schrijnende toestanden en een verhoogd risico op verregaande medische gevolgen. Dat hoef ik u als specialist in de materie niet te vertellen.

Vandaar dat bij het organiseren van een wachtdienst in Brussel naast de klassieke parameters van een wachtdienst, zoals de werkdruk voor de betrokken huisartsen en het vermijden van lange wachttijden, ook het taalaspect cruciaal is.

Nederlandstalige patiënten moeten de zekerheid hebben dat zij in hun taal verder geholpen worden, zowel bij de telefonische oproep naar de wachtdienst, als bij het onthaal in de wachtpost en bij de behandelend huisarts.

Gelet op de complexiteit van het organiseren van een tweetalige wachtdienst in Brussel met de garantie op een kwaliteitsvolle zorg, maar ook gelet op het feit dat Nederlandstalige patiënten in Brussel het recht hebben om in hun eigen taal een beroep te kunnen doen op een wachtdienst, krijg ik van u graag een antwoord op de volgende vragen. Deze worden ook gesteld uit bezorgdheid, aangezien wij hebben vernomen dat er plannen zouden bestaan om de BHAK en de Franse tegenhanger te fuseren.

Ten eerste, zult u een nieuwe studie vragen over de organisatie van de wachtdienst voor huisartsen in Brussel?

Ten tweede, in afwachting van de resultaten van deze eventuele studie, welke garanties biedt u en welke acties zult u ondernemen, opdat bij het oproepen van de wachtdienst, bij het onthaal in de wachtpost en tijdens het contact met de huisarts Nederlandstalige patiënten te allen tijde in het Nederlands worden geholpen?

22.02 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, ik overweeg geen nieuwe studie over de organisatie van de huisartsenwachtdiensten in Brussel. Er wordt momenteel een beleid gevoerd binnen de beheersstructuren van de ziekteverzekering, waarbij het Verzekeringscomité van het RIZIV financieringscontracten afsluit voor de wachtorganisatie op voorstel van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

In dit kader werden begin dit jaar een aantal contracten gesloten voor de reorganisatie van de wachtdienst op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Een van die contracten werd gesloten met de Brusselse Huisartsen Kring, die de Nederlandstalige huisartsen groepeerd. Het contract voorziet in een financiering van een coördinerend medewerker voor een periode van negen maanden en dit voor een bedrag van 41 000 euro. Deze coördinator moet onder andere de kring ondersteunen bij zijn besluitvorming over de eventuele toetreding tot het globaal hervormingsproject, dat eveneens door eerder vernoemde

instanties werd goedgekeurd en dat werd uitgewerkt door de Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles. Via deze financiering wordt aldus een instrument aangereikt dat ook de nodige garanties moet bieden waar u in uw tweede vraag om verzoekt, namelijk de garantie dat de patiënt in zijn eigen taal beantwoord en behandeld wordt.

Hieraan kan trouwens nog worden toegevoegd dat in de voornoemde financieringscontracten steeds wordt vereist dat de wachtorganisatie rekening houdt met de taalkundige samenstelling van de bevolking.

De voornoemde instanties zullen in de eerste plaats op basis van de besluitvorming van de Brusselse Huisartsen Kring beslissingen nemen over de verdere evolutie van de financiering van de huisartsenwachtdiensten op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Ik moet u niet vertellen dat het in Brussel niet alleen over de kwestie Frans en Nederlands gaat. Daar worden heel wat andere talen gesproken. Dit is een heel belangrijke materie. Daarom is die procedure speciaal voor hen uitgewerkt. Er wordt ook een coördinerend medewerker betoelaagd, wat uitzonderlijk is, om daarin te negotieren.

22.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik heb toch al gehoord dat de BHAK niet betrokken is geweest bij de door u vermelde contracten voor de reorganisatie. De coördinator naar wie u verwijst, is Franstalig. Hij spreekt niet eens de taal van de BHAK. Ik vraag mij dus af in welke mate de BHAK bij dat contract werd betrokken en in welke mate hun verzuchtingen daarbij gehoord werden. Het idee op zich en het concept zijn goed, maar het is echt jammer dat de BHAK, een belangrijk orgaan, daarin te weinig gehoord werd. Ik vraag dus om dat te herbekijken.

De garanties staan op papier in het document. Daarvan ben ik mij bewust, maar die zijn echt onvoldoende. Ik vrees dat, als de fusie doorgaat, die nefast zal zijn voor de zorgverlening in het Nederlands. Het is de bedoeling om in te zetten op tweetalige en, zoals u zegt, zelfs meertalige huisartsen en niet om op te gaan in een Franstalig orgaan. Wij weten alle twee wat de gevolgen daarvan zijn: dan zal het Frans de dominerende taal zijn en zullen de Nederlandstalige patiënten in Brussel voor hun zorgverlening niet langer in het Nederlands terecht kunnen.

Eens de fusie heeft plaatsgevonden – u zou kunnen zeggen dat wij het kunnen afwachten en bekijken – is het te laat. Er is nu al een tekort aan Nederlandstalige huisartsen. Eens de fusie er is en als die ondoordacht is, dan is het te laat. Ik wil daarover mijn bezorgdheid uiten en vragen dat u een dubbele controle uitvoert op de contracten en de totstandkoming ervan.

22.04 Minister Maggie De Block: U zegt dat er geen contact is opgenomen met de Brusselse Huisartsen Kring (BHAK) toen er een contract is afgesloten. Als er een contract is afgesloten met de Brusselse Huisartsen Kring, die de Nederlandstalige artsen groepeert, zijn zij toch betrokken geweest? Anders kunnen ze geen contract hebben. Ik ga met u geen contract afsluiten als ik u niet ken, als ik met u geen contact heb.

Ik zal dat nagaan, maar ik begrijp niet goed waar uw informatie vandaan komt.

Dat de coördinerend medewerker enkel Franstalig zou zijn, zal ik moeten navragen, want dat is mij niet meegedeeld. Ik zal vragen of dat klopt.

Er is een contract afgesloten met de Brusselse Huisartsen Kring. Dan moet er toch een contact geweest zijn? Misschien niet met iedereen, maar er moeten toch vertegenwoordigers bij betrokken geweest zijn?

22.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijn informatie komt rechtstreeks van de raad van bestuur van de BHAK. Als daar die bezorgdheid leeft, is het een zeer goede reflex van u om na te gaan in welke mate zij daarbij betrokken zijn geweest. Zijn zij bij het contract betrokken of niet? In welke mate zijn zij daarbij effectief betrokken en in welke mate zijn zij gehoord? Zal worden nagegaan of die coördinator wel aan de vereisten voldoet om zo'n belangrijke materie te behandelen?

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.04 uur.

La réunion publique de commission est levée à 19.04 heures.