

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 13 JANUARI 2015

Namiddag

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

du

MARDI 13 JANVIER 2015

Après-midi

La séance est ouverte à 14.19 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 14.19 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Question de Mme Fabienne Winckel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les échographies de confort" (n° 163)

01 Vraag van mevrouw Fabienne Winckel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de pretecho's" (nr. 163)

01.01 **Fabienne Winckel** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le Conseil supérieur de la Santé rendait, voici quelques mois, un avis relatif à la sécurité des échographies prénatales médicales et non médicales. Il a plaidé pour la réalisation d'examens échographiques médicaux réservés aux seules fins de dépistage, de diagnostic et de suivi par des médecins et techniciens dûment formés en échographie durant la grossesse. En revanche, il a déconseillé fortement le recours à des échographies sans but médical, dites de confort. Il s'agit d'échographies de souvenir ou encore à visée commerciale. Le Conseil motive sa recommandation en invoquant les effets néfastes résultant d'une exposition prolongée du fœtus aux ultrasons. De fait, pour obtenir une image de qualité maximale, certaines parties du fœtus, en l'occurrence la tête et les organes génitaux, subissent une exposition prolongée aux ultrasons pendant un temps déterminé.

Madame la ministre, permettez-moi de vous adresser quelques questions précises. Des initiatives seront-elles prises en la matière à la suite de l'avis émis par le Conseil supérieur de la Santé? Disposez-vous de données relatives au nombre d'échographies effectuées sans indication médicale? Est-il aujourd'hui en augmentation? Quelle est la moyenne nécessaire préconisée par les médecins quant au nombre d'échographies prénatales médicales à réaliser durant une grossesse? Est-il possible de dresser une liste de tous les centres d'imagerie qui pratiquent des échographies commerciales de confort? Le personnel qui effectue ce type d'échographie bénéficie-t-il actuellement d'une formation spécifique?

01.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, madame Winckel, pour une grossesse qui se déroule normalement, le nombre d'échographies remboursées est limité à trois, conformément aux recommandations portant sur ce cas de figure.

Il s'agit tout d'abord du premier trimestre, entre onze et treize semaines d'aménorrhée. L'échographie est pratiquée à des fins d'identification et de caractérisation des grossesses multiples, d'évaluation du risque d'anomalie chromosomique et de dépistage de certaines malformations.

La deuxième échographie a lieu au deuxième trimestre, entre 20 et 22 semaines d'aménorrhée, pour dépister certaines malformations.

Une troisième échographie est enfin effectuée au troisième trimestre, entre 30 et 32 semaines d'aménorrhée, pour le dépistage des retards de croissance intra-utérins et de certaines malformations ou encore la localisation du placenta.

Ces examens sont réalisés dans le cadre d'un suivi obstétrical de proximité. Ces conseils figurent dans les recommandations en matière de prescription d'imagerie médicale belge. Elles sont accessibles à tous les médecins sur le site internet du SPF Santé publique.

Notre campagne actuelle, qui s'appelle "Les images médicales ne sont pas des photos de vacances", promeut activement l'application de ces recommandations.

Les échographies prénatales non médicales ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire et, selon l'avis du Conseil supérieur de la Santé, les échographies prénatales non médicales ne sont pas justifiées.

L'INAMI dispose seulement du nombre de prestations portées en compte dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire mais ne dispose pas des indications relatives à ces prestations. Le fichier de l'agence intermutualiste ne reprend en outre aucune indication.

Il n'existe aucun inventaire des centres qui réalisent des échographies commerciales de confort et seuls les praticiens compétents peuvent effectuer des échographies. L'échographie reste un acte médical qui ne peut être réalisé que par un médecin ou qui peut être confié par un médecin à des praticiens compétents. En tout cas, pour entrer en compte pour un remboursement, l'échographie doit être protocolée par le médecin lui-même.

01.03 Fabienne Winckel (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour la précision de vos réponses.

Votre réponse a essentiellement trait aux échographies qui bénéficient d'un remboursement. Cependant, on sait que l'on fait des échographies dites de "confort" ou simplement pour avoir un souvenir du fœtus. Or, à partir du moment où le Conseil supérieur de la Santé a remis un avis très réservé et déconseille fortement ce type d'échographie, le principe de précaution devrait être appliqué. Autrement dit, peut-être serait-il nécessaire d'intervenir par rapport à ce type d'échographie. Comment mieux informer les mamans du danger que peut représenter, pour leur bébé, ce type d'échographie? Cette matière devrait éventuellement être examinée en relation avec les entités fédérées. Je pense ici à la prévention, à la formation des techniciens, à la sensibilisation des futures mamans.

Par ailleurs, cette technologie évolue très vite. Il serait donc intéressant de mener des études sur les échographies afin de déterminer si les ultrasons sont susceptibles de menacer la vie des bébés.

Je me permettrai donc de revenir sur le sujet car un champ d'action en la matière devrait peut-être être réglementé.

La **présidente**: Il faut effectivement faire preuve de vigilance en la matière.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van de heer Franky Demon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "functiedifferentiatie" (nr. 523)

02 Question de M. Franky Demon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la différenciation des fonctions" (n° 523)

02.01 Franky Demon (CD&V): Mevrouw de minister, het koninklijk besluit nr. 78 bevat, per categorie van zorgverleners, de taken die zij mogen uitvoeren. Gegeven de tijdgeest waarin dat oorspronkelijk geschreven is, vertrekt men vanuit de arts. Stilaan worden echter meer taken gedelegeerd naar zorgberoepen die in een "lagere rangorde" staan.

De jongste jaren is er op het terrein, ook door het invoegen van nieuwe zorgberoepen in het KB nr. 78, meer nood aan taakdifferentiatie. Ik denk bijvoorbeeld aan de zorgkundigen, die taken van verpleegkundigen kunnen overnemen, en verpleegkundigen, die taken van artsen of huisartsen kunnen overnemen. Het herschrijven van het KB nr. 78 is dan ook een van de grote uitdagingen die opgenomen zijn in het federaal regeerakkoord. De herverdeling van taken kan zorgen voor een lagere werkbelasting, meer ruimte voor

bijbscholing enzovoort.

Ik heb daarover twee vragen.

Ten eerste, kunt u aangeven, concreet voor de verhouding huisarts/verpleegkundige, welke taken overgedragen kunnen worden?

Ten tweede, is het vast inschakelen van een verpleegkundige in elke huisartsenpraktijk een mogelijkheid die daarbij bekeken kan worden?

02.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer Demon, u hebt het goed gelezen. Wij hebben er ook over gesproken. In het regeerakkoord staat inderdaad dat het tijd is om de rolverdeling, meer bepaald de taken, in de verzorging en de geneeskunde te herzien en dus ook na te gaan hoe bijvoorbeeld verpleegkundigen, meer nog dan vandaag, een complementaire rol kunnen spelen, naast de artsen.

Het gaat echter breder dan dat. Het is een verklaring voor de hele legislatuur. Zoals u al hebt gezegd, is het een groot werk. Het zal dan ook even tijd vragen om alle betrokken partijen rond de tafel te krijgen en alle officiële adviesorganen van de verschillende gezondheidsberoepen te consulteren. De consultatierondes zijn bezig. Daarna kunnen wij met een voorstel komen tot aanpassing van het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Ik heb echter ook gezegd dat de herziening van het KB nr. 78 simultaan moet gebeuren met de herijking van de nomenclatuur en de herziening van de ziekenhuisfinanciering. Dat zijn drie grote werven, die niet los van elkaar kunnen worden gezien.

Ik zal dus niet vooruitlopen op wat wij precies zullen doen. Eerst zal er een consultatieronde plaatsvinden, alsook een verkennend onderzoek om de mogelijkheid te analyseren om verantwoordelijkheden te herverdelen of taken over te dragen naar andere gezondheidsberoepen.

Dat staat ook op de agenda van de administraties en we moeten ook eerst de uitkomst daarvan kennen.

Het wordt inderdaad wetenschappelijk aanbevolen en het is een wereldwijde trend. Ook in andere landen stellen we die beweging vast. We hebben een zeer grote werf aangevat en hopen een aantal stappen te kunnen zetten, in overleg met de betrokken sectoren. Dit is immers een zeer gevoelig koninklijk besluit, misschien zelfs het gevoeligste koninklijk besluit van de geneeskunde, en het vereist bijgevolg maximaal overleg.

02.03 **Franky Demon** (CD&V): Dat begrijp ik, mevrouw de minister, maar u zult op bepaalde zaken toch een eigen visie hebben? De Algemene Unie voor Verpleegkundigen van België houdt bijvoorbeeld vooraf een rondetafelconferentie op 16 januari. Mij bereiken signalen dat de HBOV-scholen daarop niet uitgenodigd zouden zijn en dat zij ook niet echt welkom zijn, mochten zij zich willen inschrijven.

De vraag is dus of u zelf initiatieven zult nemen. Zult u een bepaalde timing naar voren schuiven? Anders wordt het volgens mij moeilijk om iedereen op één lijn te krijgen. Hoe ziet u dat?

02.04 Minister **Maggie De Block**: Het mag georganiseerd worden op het terrein. Natuurlijk zullen er uitnodigingen komen van de verschillende unies. Dat is hun goed recht. Het is niet mijn gewoonte mijzelf te inviteren of te zeggen wie er mee aan tafel moet zitten. Dat is aan hen.

Voor mij is het belangrijk dat de concertatieronde die wij houden volledig is en op het terrein iedereen bereikt. Ondertussen zullen er natuurlijk debatten ontstaan binnen allerlei beroepsgroepen die hun mensen verenigen om daarover te spreken. Dat is nuttig, en ik hoop dat zij ons hun bevindingen zullen meedelen, maar u weet ook dat wij die dan allemaal naast elkaar zullen moeten leggen. Het gaat immers niet alleen om de verpleegkundigen, maar ook om de vroedvrouwen, de zorgkundigen en de artsen. Die zullen zeker niet allemaal uit één mond spreken.

La **présidente**: Vous n'avez donc pas fixé de date à laquelle vous attendez des réponses.

02.05 **Maggie De Block**, ministre: J'ai dit que je viendrais devant la commission avec mon plan d'action relatif au refinancement des hôpitaux et je l'expliquerai correctement. Mais une concertation est en cours et beaucoup est déjà fait au niveau de l'organisation.

La **présidente**: Ainsi, monsieur Demon, Mme la ministre viendra présenter son premier plan fin mars début avril.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage des médicaments soumis à prescription médicale" (n° 694)

- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre croissant de médicaments illégaux saisis" (n° 697)

03 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van voorschrijfplichtige geneesmiddelen" (nr. 694)

- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toenemende aantallen in beslag genomen illegale geneesmiddelen" (nr. 697)

03.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, récemment, des chercheurs se sont penchés sur l'usage des médicaments soumis à prescription médicale par des personnes à qui le médicament n'avait pas été prescrit, ou en dehors de la période pour laquelle il avait été prescrit. Cette étude fait la synthèse des données disponibles dans dix-sept régions ou pays d'Europe et de la Méditerranée.

L'étude a permis de constater une "différence importante" selon le sexe en matière d'automédication. Elle présente les femmes comme une "catégorie à haut risque dans l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance" et révèle que la consommation de médicaments délivrés sur ordonnance est "nettement plus élevée chez les femmes de tous les groupes d'âge et à toutes les époques".

Madame la ministre, la Belgique ne figurant pas dans les pays ciblés par cette étude, pourriez-vous m'indiquer s'il existe des données chiffrées à ce sujet pour notre pays? Comment peut-on, selon vous, expliquer ce phénomène? Et quelles mesures ont-elles été prises ou pourraient l'être le cas échéant pour éviter la prise abusive de médicaments hors du cadre médical?

03.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Flahaux, nous ne disposons pas de données chiffrées relatives à l'automédication pour des médicaments soumis à prescription médicale. Il est vrai que l'accès via internet à des informations et à des forums de discussion concernant la santé ainsi que des sites de vente de médicaments qui dépassent le cadre purement national incitent les patients à essayer des traitements sans l'avis de leur médecin.

C'est pourquoi l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé a lancé deux campagnes d'information. Une première campagne intitulée "Médicaments par internet: ne surfez pas avec votre santé" a déjà été lancée le 19 octobre 2009. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) y sensibilisait le grand public aux risques potentiels auxquels il expose sa santé en achetant des médicaments par Internet hors du circuit légal. Il était par ailleurs important de rappeler au grand public le rôle essentiel que jouent les médecins et les pharmaciens pour un bon usage des médicaments et des produits de santé. Cette campagne d'envergure nationale s'articulait autour du mini-site www.medicaments-par-internet.be toujours actif à ce jour.

La seconde campagne médias de l'Agence "Un médicament n'est pas un bonbon" a été lancée le 12 septembre 2011. Cette campagne en forme de bannière a été réalisée sur différents sites internet mais aussi par des annonces presse dans différents journaux et magazines ainsi que dans des transports en commun de certaines grandes villes du pays.

Cette campagne propose à tout un chacun douze clés pour un bon usage des médicaments afin que ceux-ci soient utilisés de manière rationnelle et sûre.

Une de ces douze clés reprend le thème "Médecins et pharmaciens vous conseillent". Les bannières de ces deux campagnes figurent toujours sur la page d'accueil du site de l'AFMPS. En d'autres mots, mes services sont bien au courant de la problématique des médicaments illégaux et la suivent avec attention. Un circuit de distribution contrôlé est mis à disposition du patient. Dans ce sens, je ne peux que continuer à encourager

les patients à suivre l'avis et les recommandations de leur médecin et de leur pharmacien.

03.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous avez rappelé les campagnes de 2009 et 2011. On pourrait imaginer de refaire une campagne de ce type. Je pense particulièrement au jeune public qui, à l'époque, n'a peut-être pas été visé par les campagnes, étant éventuellement trop jeune.

Je vous posais également une question relative à l'étude qui n'avait pas concerné la Belgique. Il semblerait que les résultats de cette étude montraient une différence en termes de sexe sur le risque plus grand pour les femmes de ces médicaments pris hors prescription ou de façon prolongée après la période de prescription. Il serait intéressant de s'y pencher. Ce point intéresserait particulièrement la présidente de la commission Émancipation sociale qui vise notamment l'égalité homme-femme et dont je suis vice-président. Madame la ministre, je ne vous demande évidemment pas d'y répondre à l'instant. Je suis convaincu que vous vous pencherez sur cette problématique.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verduidelijking van het begrip 'arts' zoals vermeld in het KB van 23 augustus 2014" (nr. 714)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de derde categorie artsen" (nr. 1016)

04 Questions jointes de

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la clarification de la notion de 'médecin' telle que reprise dans l'arrêté royal du 23 août 2014" (n° 714)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la 3^{ième} catégorie de médecins" (n° 1016)

04.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, op 1 november trad het KB van 23 augustus 2014 in werking, dat stelt dat raadplegingen in de spreekkamer en de toeslag voor 's avonds, 's nachts en op zon- en feestdagen ook door houders van een artsdiploma mogen worden aangerekend.

Het KB bepaalt dat heel wat technische verstrekkingen die nu door erkende huisartsen of algemeen geneeskundigen met verworven rechten of geneesheren-specialisten mogen worden uitgevoerd, voortaan ook door elke arts mogen worden gedaan.

Noch het KB van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur, noch de wijziging daarvan in het KB van 23 augustus 2014 preciseert welke categorieën, zoals vermeld in paragraaf 12, bepaald in artikel 1 van het KB, onder de noemer "arts" vallen.

Kunt u verduidelijken welke van die categorieën worden geacht onder die noemer te vallen? U zult begrijpen dat een te ruime interpretatie ons wegens de gevolgen zorgen baart.

04.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, ma question concerne également cet arrêté royal du 23 août 2014, publié le 16 septembre 2014 et entré en vigueur le 1^{er} novembre 2014, mais elle va dans un sens totalement différent de celle de ma collègue.

Je voudrais qu'on prenne en compte son impact sur les très nombreux médecins, singulièrement des généralistes, qui ont pourtant une pratique importante mais qui sont dans une réalité plurielle, par exemple au sein des services hospitaliers, des centres de revalidation, à l'ONE, chez Kind&Gezin, en médecine scolaire, en médecine sportive, etc. Ces médecins ont été alertés par l'INAMI du fait qu'ils ne rentraient plus dans les fameux critères, notamment celui de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010. Cela risque de les mettre en grande difficulté puisqu'ils perdraient alors leur agrément en tant que médecin généraliste alors même qu'ils ont une pratique intense, directement auprès des patients.

Je suis intervenue à de nombreuses reprises sur le sujet ces dernières années. J'ai déposé des textes pour modifier et adapter les conditions d'agrément de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010. Mais sur base de cette nouvelle réglementation entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2014, j'ai une série de questions à vous poser.

Madame la ministre, cette réglementation a-t-elle fait l'objet d'une concertation avec les médecins? Considérez-vous que cette mesure est la solution au problème de la perte ou du risque de la perte d'agrément de très nombreux médecins généralistes, qui ont pourtant une pratique effective auprès des patients? Cet arrêté royal colle-t-il à la situation actuelle, qui risquerait clairement de mettre à mal l'organisation des soins de santé? Ces professionnels ont-ils été informés de cette modification de législation et de l'existence de ce nouvel arrêté?

Je rappelle que plus de 6000 médecins avaient reçu un courrier de l'INAMI disant qu'ils risquaient de perdre leur agrément. Vont-ils également recevoir un courrier pour les informer de cette nouvelle législation?

Enfin, il y a un problème qui n'est absolument pas résolu puisqu'on n'a toujours pas prévu la procédure selon laquelle ces médecins pourraient récupérer un numéro INAMI de médecin généraliste. On ne cesse de dire qu'il y a une pénurie dans certaines régions, singulièrement pour les médecins généralistes, et si on ne prévoit pas une procédure pour qu'ils puissent récupérer un numéro INAMI, on passe alors à côté de l'opportunité qu'ils se réinvestissent en tant que médecins généralistes.

Nous n'allons pas leur demander de refaire les trois années comme s'ils sortaient des six ou sept années d'études; ils ont en effet une pratique effective avec des patients.

04.03 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Peel, in antwoord op uw vraag kan ik mededelen dat het koninklijk besluit van 14 september 1984, dat de nomenclatuur vastlegt, wel degelijk aangeeft wie onder de omschrijving “arts” in de nomenclatuur wordt bedoeld.

Artikel 1, § 12, van het koninklijk besluit bepaalt immers de verschillende categorieën, namelijk de huisarts, de huisarts in opleiding, de huisarts op basis van verworven rechten — zoals dat vroeger was —, de houder van het artsdiploma, de geneesheer-specialist en de geneesheer-specialist in opleiding. Alle voornoemde artsen vallen dus onder de noemer “arts”.

Madame Fonck, comme la loi et le fameux arrêté royal établis à l'époque par Mme Onkelinx étaient déjà promulgués, j'ai renvoyé vos questions à l'administration. Jusqu'à ce jour, je n'ai pas obtenu de réponse. Dès que possible, je vous transmettrai les informations qui me seront communiquées.

En fait, je n'étais pas présente à cette époque. Mes compétences concernaient l'Asile et la Migration. Je puis au moins vous assurer que le problème n'est pas connexe à la piste relative au surnombre d'étudiants. Il s'agissait de trouver une solution aux 6000 médecins qui risquaient de perdre leur agrément.

J'insisterai pour obtenir le suivi de cette affaire. Par la publication de l'arrêté royal, ils ont été mis au courant, mais j'ignore si d'autres problèmes restent d'actualité.

Outre cet aspect, pour répondre à votre question concernant la perte d'agrément de certains médecins, je puis vous assurer que le problème concerne nettement moins de personnes que celles qui ont reçu cette lettre.

04.04 **Valerie Van Peel (N-VA):** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw kort antwoord.

Ik wilde graag een bevestiging. U zegt dat deze twee dossiers niet aan elkaar gelinkt zijn. Ik hoor u dat graag zeggen, maar het gevaar blijft bestaan dat dit koninklijk besluit kan worden misbruikt. Ik ben daarover bezorgd.

04.05 **Catherine Fonck (cdH):** Madame la ministre, je suis déçue. J'ai bien entendu que vous n'aviez pas reçu de réponse émanant de vos services. Dès lors, je pense que votre responsabilité est soit d'y répondre politiquement soit d'obliger vos services à répondre à mes questions.

Il s'agit d'un arrêté qui a été pris en période d'affaires courantes. Toutefois, il a un impact majeur pour l'ensemble des médecins concernés. Je vous suggère d'enjoindre vos services à me répondre et à informer chaque médecin concerné à qui ils avaient écrit précédemment. En effet, s'il importe de prévenir les médecins qu'ils vont perdre leur agrément, il est aussi opportun de leur écrire maintenant pour leur communiquer les nouvelles règles inhérentes à la modification de la réglementation et surtout leur permettre de ne pas se retrouver dans une situation problématique.

Par ailleurs, j'insiste pour que vous prévoyiez dans cet arrêté une procédure qui leur permettrait de récupérer un numéro d'agrément de médecin généraliste. Pourquoi? Nous ne pouvons exiger d'eux qu'ils refassent trois années comme s'ils sortaient de leurs études de médecine et comme s'ils n'avaient jamais eu de pratique, alors même que, dans le cadre de la médecine scolaire, dans le cadre des services hospitaliers, ils témoignent d'une pratique quotidienne et de contacts avec les patients bien plus élevés que la norme des 500 au minimum, prévue réglementairement et annuellement pour les médecins généralistes.

Ce sera également un gain en matière d'organisation de santé publique si ces médecins, par exemple après quelques années dans un service de révalidation ou autre, se réinvestissent en médecine générale. Nous en avons besoin. Aussi, prévoyons une procédure ad hoc avec une remise à niveau si nécessaire, mais qui correspond à leur investissement au niveau médical et en termes de pratique.

Madame la ministre, je me permets d'insister sur ces différents points - c'est à l'avantage de l'État et de l'organisation de la santé. C'est le minimum que nous puissions faire à l'égard des médecins généralistes concernés, qui attendent depuis de nombreux mois une solution collant à leur réalité médicale.

La **présidente**: Chère collègue, je vous conseille de revenir ultérieurement en commission pour obtenir des réponses complémentaires à vos questions.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resolutie betreffende Meervoudige Systeem Atrofie (MSA)" (nr. 715)

05 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la résolution concernant l'atrophie multisystématisée (AMS)" (n° 715)

05.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, in april werd op initiatief van jammer genoeg ondertussen wijlen Flor Van Noppen over de partijgrenzen heen de resolutie betreffende Meervoudig Systeem Atrofie (MSA) goedgekeurd. De auteurs vragen daarin aan de federale regering dat zij middelen vrijmaakt voor het onderzoek naar de oorzaak, de ontwikkeling en de behandeling van MSA én dat zij erop toeziet dat dit gebeurt in een multidisciplinair kader. Graag zien zij ook 3 oktober erkend als MSA-dag en dringen zij erop aan dat de regering de nodige initiatieven zou ontplooien ter bewustmaking van de ziekte. Het spreekt vanzelf dat wij het erg belangrijk vinden dat de resolutie niet in de koelkast gestopt wordt.

Wat is de stand van zaken? Welke stappen zult u zetten om aan de resolutie gevolg te geven?

05.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Peel, dank u voor uw vraag. Ik vind het mooi dat u een toch wel zeer emotioneel genomen resolutie in de Kamer van volksvertegenwoordigers van de hand van uw collega, voormalig lid van onze commissie, de heer Flor Van Noppen, opvolgt.

Ik wijs er, ten eerste, op dat het klinisch wetenschappelijk medisch onderzoek en het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen en Gewesten behoren. Over het algemeen worden ze uitgevoerd door en ondersteund in de academische setting van de universiteiten, en ondersteund door de wetenschappelijke organisaties van de Gemeenschappen en Gewesten, namelijk het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek in Vlaanderen of FWO en het Fonds de la Recherche Scientifique in Wallonië en Brussel.

Gezien de zeldzaamheid van de aandoening MSA is het van groot belang dat het onderzoek naar de oorzaken en behandeling van de ziekte wordt uitgevoerd binnen het kader van een internationale samenwerking en context. Op Europees niveau kan bijvoorbeeld in dat verband de European Multiple System Atrophy Study Group vermeld worden.

In België werd in het kader van de zorg voor zeldzame ziekten in februari 2014 het Belgisch plan voor zeldzame ziekten gelanceerd, waarvan een van de hoekstenen bestaat uit de multidisciplinaire benadering van de patiënt en de identificatie van mogelijke expertisecentra. Momenteel werkt de administratie daaraan voort, evenals aan de ontwikkeling van een plan voor geïntegreerde zorg voor chronische ziekten, waarmee een globaal kader zal worden geboden voor de aanpak van chronische ziekten.

We kunnen niet voor elke ziekte afzonderlijk plannen blijven maken; dat kan de administratie niet opgelost

krijgen, zeker zoals in het geval van de genoemde ziekte, waarvan zich maar een paar gevallen in België voordoen. We zullen er wel voor zorgen dat de patiënten allemaal binnen een dergelijk plan multidisciplinair, met de nodige flexibiliteit overeenkomstig de aandoening, opgevolgd worden.

Dat is het opzet van een groot werk dat de administratie momenteel bezighoudt.

05.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. U begrijpt wel waarom onze fractie daarover nu en dan nog vragen zal stellen. Ik denk dat wij dat allemaal ook verplicht zijn aan Flor.

Uit uw antwoord begrijp ik dat het niet mogelijk is om voor elke ziekte apart een beleid uit te schrijven. Toch zou ik het mooi vinden als u ook aan het ander punt uit de resolutie, namelijk de erkenning van een MSA-dag op 3 oktober, aandacht zou kunnen spenderen en de erkenning ervan zou willen overwegen.

05.04 Minister Maggie De Block: Bij mijn weten kan ik niet bepalen dat er een nationale dag ingericht wordt, maar ik zal dat laten nagaan.

05.05 Valerie Van Peel (N-VA): U kunt heel veel, denk ik. Ik vertrouw erop.

La **présidente**: On peut être aux côtés d'associations de patients, mais les journées thématiques sont généralement organisées par les associations proprement dites.

Toujours est-il que cette résolution fera l'objet d'un suivi.

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

06 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het recht op inzage van het patiëntendossier door de personeelsleden van het FAGG" (nr. 716)

06 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le droit à la consultation du dossier d'un patient par les membres du personnel de l'AFMPS" (n° 716)

06.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, klinische studies vormen een belangrijk element bij het toekennen van een vergunning voor het in de handel brengen van een geneesmiddel. Een belangrijk aspect van dergelijke studies is de selectie van de patiënten. Bij die selectie worden heel vaak bepaalde patiënten uitgesloten — de zogenaamde exclusiecriteria — op basis van onder andere de voorgeschiedenis of bestaande comorbiditeit.

In het kader van de evaluatie van de kwaliteit van de uitgevoerde studies kan het van belang zijn dat de bevoegde ambtenaren ook kunnen nagaan of de in de studie opgenomen proefpersonen wel beantwoorden aan de vooraf vastgestelde exclusiecriteria. Dat vereist dan in sommige gevallen wel toegang tot het patiëntendossier. Uit de informatie waarover wij beschikken blijkt dat er bij het FAGG onduidelijkheid heerst over de vraag of zij toegang hebben tot individuele patiëntendossiers in het kader van de evaluatie van klinische studies. Die onduidelijkheid kan leiden tot een onvolledig toezicht op die studies of tot mogelijke procedurefouten en misschien zelfs tot blootstelling van individuele ambtenaren aan vervolging.

Om hierover duidelijkheid te scheppen hadden wij graag van u vernomen of de bevoegde ambtenaren van het FAGG al dan niet toegang hebben tot individuele patiëntendossiers. Indien het antwoord bevestigend is, in welke gevallen geldt dan het recht op toegang? Bent u, indien het antwoord negatief is, bereid om dat recht op toegang te onderzoeken?

06.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, de door u genoemde personeelsleden van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten zijn beëdigde ambtenaren die aangeduid zijn om inspectietaken te vervullen volgens het koninklijk besluit van 17 december 2008. Deze ambtenaren zijn belast met het toezicht op de naleving van de wetten zoals bedoeld in artikel 4, derde lid, § 6 van de wet van 20 juli 2006 betreffende de oprichting en de werking van het FAGG, van de uitvoeringsbesluiten alsook van de verordeningen van de Europese Gemeenschap die behoren tot de bevoegdheden van het FAGG. In het kader van inspecties inzake goede klinische praktijken hebben deze inspecteurs toegang tot de gegevens van de proefpersonen die deelnemen aan een klinische studie.

De sponsor van de klinische studie moet ervoor instaan dat in het studieprotocol wordt opgenomen dat de directe toegang van de toezichthoudende autoriteit, het FAGG dus, tot brondocumenten van de studie voor studiegelerateerde inspecties verzekerd is. De sponsor moet er tevens voor instaan dat elke proefpersoon een schriftelijke toestemming heeft gegeven voor een directe toegang tot medische data in verband met de studie en de gerelateerde inspecties.

Bovendien moeten de bevoegde ambtenaren van het FAVV de nodige maatregelen nemen om het vertrouwelijk karakter te respecteren van de gegevens van persoonlijke aard, waarvan zij kennis hebben gekregen bij de uitoefening van hun opdracht, en om te verzekeren dat deze gegevens uitsluitend worden aangewend voor de uitoefening van hun toezichtopdracht.

Het is inderdaad belangrijk dat er een toezichtmogelijkheid is, maar die moet welomschreven zijn. Bovendien moet traceerbaar zijn wie welke gegevens krijgt van patiënten, aangezien zij een grote blootstelling van hun privacy riskeren.

06.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor de verduidelijking. U gaf een goed en praktisch advies dat wij zullen terugkoppelen.

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

07 Vraag van de heer Franky Demon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "HIV" (nr. 718)

07 Question de M. Franky Demon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le VIH" (n° 718)

07.01 Franky Demon (CD&V): Mevrouw de minister, tijdens de bespreking van de beleidsnota hebt u al een toelichting gegeven over het beleid inzake hiv en aids. Toch heb ik nog enkele vragen.

In 2013 werden in ons land 1 115 nieuwe hiv-besmettingen geteld, gemiddeld drie per dag. De daling met 9 % ten opzichte van 2012 is vooral toe te schrijven aan een vermindering van besmette personen afkomstig uit Sub-Sahara-Afrika, waar er een daling van 24 % is.

Het Institut Scientifique de Santé Publique en het Instituut voor Tropische Geneeskunde verklaren de daling als volgt: "Dit betekent niet dat minder Afrikanen met hiv besmet zijn, maar dat minder geïnfecteerden het Belgisch grondgebied hebben betreden. Degenen die in België verblijven, zijn soms bang om zich te laten testen uit vrees te worden teruggestuurd. Er speelt zich nog altijd een ware hiv-tragiek af bij migranten en sans-papiers uit alle hoeken van de wereld. Veelal blijven zij onder de radar van sociale of medische hulpverlening."

Vorig jaar werd een nationaal hiv-plan voorgesteld.

Werd hierna reeds een aidscoördinator aangesteld?

Het hiv-plan voorziet in de mogelijkheid om preventieve en therapeutische maatregelen te nemen voor twee specifieke doelgroepen, migranten en homoseksuele mannen. Welke stappen hebt u hiervoor reeds gezet? Kunt u dit verduidelijken?

07.02 Minister Maggie De Block: Mijnheer Demon, dank u voor uw vraag. Er was ook nog een andere vraag van een collega van u in deze commissie.

Het hiv-plan 2014-2019 heeft het voorwerp uitgemaakt van een protocolakkoord tussen de federale overheid en de gefedereerde entiteiten. Het akkoord werd gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* van 21 november 2013.

Het is dus noodzakelijk dat een eventuele implementatie van de acties van dit plan in overleg met de Gemeenschappen en Gewesten wordt gerealiseerd. U weet dat preventie en screening, die een belangrijk onderdeel van dit plan vormen, tot hun bevoegdheden behoren.

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zal hierover zeker overleg plaatsvinden. Bovendien

heeft de Interministeriële Conferentie de wens uitgedrukt om een globaal plan voor de aanpak van chronische ziekten uit te werken en uit te voeren.

Teneinde een fragmentatie en duplicatie van inspanningen en middelen te vermijden, dient de uitvoering van het hiv-plan in deze globale aanpak te worden geïntegreerd. Een dergelijke synergie mag de in het hiv-plan aangehouden prioriteiten evenwel niet opnieuw in vraag stellen, meer bepaald wie de prioritaire doelgroepen en hoogrisicogroepen zijn.

Voor het behandelprogramma waarover u het had, is meer onderzoek nodig vooraleer een uitspraak kan worden gedaan over de eventuele voordelen van intermitterende therapie.

Het is waar dat er een plan was. Het was echter niet helemaal in overleg met de administratie opgesteld. Het moet nu binnen de administratie worden geïmplementeerd. Er waren ook nauwelijks middelen voor uitgetrokken. Ik heb gezorgd voor een budget dat toelaat dat een aantal middelen naar de uitvoering van dat hiv-plan kan gaan. Dat is heel belangrijk. U weet echter dat ik mijn middelen heel zuinig moet beheren.

07.03 Franky Demon (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, zoals u zelf opmerkt, is het belangrijk dat u de middelen voor het plan uittrekt en dat er acties daaromtrent worden ondernomen.

Is echter al dan niet een aidscoördinator aangesteld?

07.04 Minister Maggie De Block: Ik heb geen middelen voor een aidscoördinator.

07.05 Franky Demon (CD&V): Hij is dus nog niet aangesteld.

07.06 Minister Maggie De Block: Ik heb geen middelen. Indien u iemand vindt die het werk gratis wil doen, mag u hem gerust naar mij sturen.

07.07 Franky Demon (CD&V): Wij zullen goed moeten bekijken wat onze prioriteiten zijn. Wij moeten ook de cijfers bekijken. Wij moeten in de hele problematiek iets ondernemen, want anders gaan wij terug naar af.

07.08 Minister Maggie De Block: Ik ben het met u eens. De coördinatie kan echter ook op een ander niveau gebeuren. Ik wijs er u allen op dat ik elke euro slechts één keer kan uitgeven.

La **présidente**: Une coordination est nécessaire.

07.09 Maggie De Block, ministre: Évidemment, mais nous n'avons pas forcément besoin d'un coordinateur à cette fin. Comme je l'ai dit, je n'en ai pas les moyens.

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

08 Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van centra verantwoordelijk voor het plaatsen van hartkleppen" (nr. 723)

08 Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'agrément des centres qui prennent en charge la pose de valvules cardiaques" (n° 723)

08.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, in een van de jongste edities van de *Artsenkrant* uiten een gezaghebbende cardiologische en een cardiochirurgische wetenschappelijke vereniging hun ongenoegen over de jongste RIZIV-regels over de erkenning van de centra die zich mogen bezighouden met het plaatsen van hartkleppen via het aanprikken van een bloedvat in plaats van op de klassieke chirurgische wijze, de zogenaamde TAVI of TAVR. Zelfs een leek zal de wenkbrauwen fronsen bij de vaststelling van twee centra in Aalst en geen enkele in West-Vlaanderen, noch in Limburg.

De programmering en de terugbetaling van interventionele cardiologische technieken heeft de jongste jaren voor veel commotie gezorgd.

Mevrouw de minister, ik heb dan ook de volgende vragen voor u.

Welk orgaan heeft of welke personen hebben in volle vakantieperiode aan de geboorte gestaan van die vreemde situatie?

Welke criteria werden gehanteerd die deze opmerkelijke keuze kunnen uitleggen?

Bent u bereid om de huidige erkenningsprocedures aan een kritisch onderzoek te onderwerpen in samenspraak met, of met voldoende inspraak van de wetenschappelijke verenigingen ter zake, teneinde bepaalde minder wetenschappelijke belangen te neutraliseren?

08.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer Vercammen, blijkbaar zijn er in de vakantie veel rare dingen gebeurd waarvan ik geen weet had.

In antwoord op uw eerste vraag kan ik u mededelen dat de akkoordverklaring die voorziet in de terugbetaling van de TAVI tot stand gekomen is na, zo is mij meegedeeld, intens overleg. De criteria voor de aanduiding van de ziekenhuizen waar die behandeling geregeld is, werden besproken in de werkgroep Cardiologie van de Technische raad voor implantaten, de TCI, waarin zowel de Belgian Working Group on Interventional Cardiology als de Belgian Association for Cardio-Thoracic Surgery vertegenwoordigd was. Die criteria werden reeds in 2012 bepaald.

Voor de vaststelling van de selectiecriteria voor de ziekenhuizen werd, enerzijds, het criterium ervaring met de zogenaamde TAVI-kleppen gehanteerd en, anderzijds, de ervaring met de plaatsing van de klassieke hartkleppen. Het uiteindelijk vastleggen van de klinische indicatiestelling voor de zogenaamde TAVI-kleppen zelf werd gedaan op basis van de beschikbare literatuur.

De volledige akkoordverklaring werd uiteindelijk pas in het voorjaar van 2014 aan de Technische raad voor implantaten, de Overeenkomstencommissie Verstrekken van Implantaten – Verzekeringsinstellingen en het Verzekeringscomité voorgelegd. Vermits er reeds in 2012 een akkoord bestond over de volledige tekst, met uitzondering van het onderdeel inzake de indicaties van de kleppen, werd dat niet opnieuw voorgelegd aan de Belgian Working Group on Interventional Cardiology en de Belgian Association for Cardio-Thoracic Surgery, waardoor die verenigingen geen geüpdatet advies hebben kunnen geven.

Om uw vraag kort te beantwoorden, kan ik u mededelen dat de Belgian Association for Cardio-Thoracic Surgery en de Belgian Working Group on Interventional Cardiology een gemeenschappelijk voorstel tot aanpassing van de akkoordverklaring hebben ingediend. Dat zal eerstdaags besproken worden en worden voorgelegd aan het bureau van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen.

De betrokken zorgverstrekkers worden zeker in voldoende mate betrokken bij de beslissingen.

08.03 **Jan Vercammen** (N-VA): Mevrouw de minister, het doet mij enorm plezier dat u niet in het minst de verantwoordelijkheid draagt voor wat er is gebeurd. Dat is immers vreemd.

Ik dank u daar oprecht voor en hoop dat wij daar in de toekomst werk van zullen kunnen maken. Onze fractie heeft daar het volste vertrouwen in, zeker gezien uw gezond verstand als huisdokter en de expertise van onze fractie. Wij zijn bereid u daarbij bij te staan op formele en informele wijze.

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

09 Questions jointes de

- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obésité au travail et notamment dans le secteur public" (n° 752)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'élaboration d'un plan obésité" (n° 1019)

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "obesitas in de werkomgeving en met name in de overheidssector" (nr. 752)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het opstellen van een obesitasplan" (nr. 1019)

La **présidente**: Mme Jadin n'est toujours pas là. La parole est donc à Mme Fonck.

09.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, la problématique de l'obésité et de la surcharge pondérale au sens large du terme est importante en Belgique.

D'après l'enquête de santé menée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (l'ISSP) en 2008, 47 % de la population adulte est en surcharge pondérée tandis que 14 % souffre d'obésité. On constate une augmentation continue de ce problème durant ces dernières années. En outre, la situation des enfants est particulièrement interpellante. En effet, toujours selon l'ISSP, 18 % des jeunes souffrent de surcharge pondérale et 5 %, d'obésité.

Les complications liées au surpoids et à l'obésité sont connues. Elles sont d'ordre cardiovasculaire (hypertension artérielle) et métabolique (diabète de type 2), mais aussi d'ordre hépatique et orthopédique, sans compter les complications d'ordre psychologique. À long terme, on assiste à une augmentation significative du taux de morbidité et de mortalité.

Sur la base du constat que les méthodes utilisées jusqu'à présent en termes de prévention et de traitement n'ont pas permis d'enrayer la progression de l'obésité, et que la nécessité de réfléchir à de nouvelles mesures à mettre en place s'est clairement fait sentir, un groupe de travail Obésité a été mis sur pied au sein de l'INAMI et a élaboré, en 2012, des recommandations pour l'amélioration de la prévention et du traitement du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les jeunes. Ce groupe de travail INAMI estime que, dans la prise en charge de la problématique du surpoids et de l'obésité, les volets prévention, détection précoce et thérapie sur mesure sont intrinsèquement liés. Il a, selon moi, effectivement raison.

Madame la ministre, avez-vous eu connaissance des recommandations émises par le groupe de travail Obésité mis sur pied au sein de l'INAMI? Comptez-vous agir concrètement face à cette problématique et adopter les mesures qui relèvent de vos compétences? Comptez-vous responsabiliser les autres niveaux de pouvoir qui ont dans leurs compétences le volet prévention et éducation? Comptez-vous mettre en place une stratégie globale de lutte contre l'obésité, particulièrement auprès des enfants et des jeunes? À cette fin, avez-vous pris ou comptez-vous prendre des contacts avec vos collègues compétents au niveau des entités fédérées? Qu'en sera-t-il dans les mois à venir?

09.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, en réponse à vos questions, je peux vous dire ce qui suit.

Le surpoids et l'obésité couplés à une vie sédentaire constituent une problématique de santé publique majeure qui préoccupe la plupart des pays du monde, y compris la Belgique. Déjà en 2006, le Plan national Nutrition – Santé a été lancé afin de sensibiliser la population à l'importance d'une alimentation saine et équilibrée et d'un mode de vie actif. Beaucoup d'actions ont été entreprises.

Cette problématique implique une politique ambitieuse et multisectorielle à tous les niveaux de pouvoir. C'est dans cet esprit que je compte poursuivre les efforts en travaillant avec les Communautés et les Régions pour lutter contre les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité. C'est notamment les Communautés et les Régions qui sont compétentes pour la prévention. Le suivi des actions est aussi traité par la conférence interministérielle.

09.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie.

Certes, les Communautés et les Régions sont compétentes pour différents volets dont la prévention et l'activité physique. Il serait intéressant que vous mettiez rapidement à l'ordre du jour de la conférence interministérielle ce sujet puisque tous les gouvernements ont changé.

En revanche, je me permets d'insister auprès de vous sur un volet qui relève de vos compétences propres, à savoir l'approche pluridisciplinaire de l'évaluation et du traitement, que ce soit au niveau de la prise en charge thérapeutique que de la prise en charge par différents acteurs de la santé comme des psychologues ou des diététiciens. On voit aujourd'hui, à travers les conclusions du groupe INAMI sur l'obésité, que ces mesures sont encore insuffisamment actionnées.

09.04 Maggie De Block, ministre: Vous savez que la présidence de la conférence interministérielle est tournante. Ce n'est pas à moi d'établir l'ordre du jour sinon ce serait déjà fait. Je l'avais déjà demandé au

mois de décembre. Les réunions précédant la conférence auront lieu la semaine prochaine.

09.05 Catherine Fonck (cdH): Effectivement, la présidence de cette conférence interministérielle est tournante mais pour y avoir participé, je sais que lorsqu'il y a des demandes d'insertion de thématiques précises à l'agenda des différents ministres, de quelque niveau qu'il soit, la réponse de la conférence est toujours positive. Si vous l'avez demandé, je ne doute pas que ce sujet pourra être abordé rapidement.

Je ne doute pas non plus que vous puissiez vous-même, dans vos propres compétences, avancer notamment sur l'approche multidisciplinaire thérapeutique.

La **présidente**: L'initiative revient à qui ces six mois-ci?

09.06 Maggie De Block, ministre: Maintenant, l'initiative émane de la Wallonie. Auparavant, ça a été la Communauté germanophone et la Flandre.

La **présidente**: Ainsi, nous savons qui doit être à la manœuvre pour organiser ces conférences interministérielles.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de conventionering van zorgverstrekkers" (nr. 761)

10 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le conventionnement des prestataires de soins" (n° 761)

10.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, dit is een vraag uit de praktijk. Zoals iedereen weet, kan een zorgverstrekker zich deconventioneren of geheel of gedeeltelijk conventioneren. Wanneer de zorgverstrekker zich conventioneert, volgt hij de vastgelegde tarieven. Dit leidt tot tariefzekerheid voor de patiënt. Conventioneert hij zich niet, dan kan de factuur natuurlijk hoger uitvallen.

De wetgever stipuleert dat de zorgverstrekker duidelijk moet melden of hij de tarieven volgt of niet. Dit kan hij bijvoorbeeld doen via een affiche in de wachtzaal. Het RIZIV heeft ook een zoekmachine waarmee men de status van een arts kan opvragen.

Ik kom tot mijn concrete vraag. Wanneer een huisarts bloed afneemt bij een patiënt en dit vervolgens naar een laboratorium stuurt, waar het verwerkt zal worden, weet de patiënt nog niet naar welk laboratorium, en bijgevolg ook niet welk tarief daar van toepassing is. Hij kan dat niet weten. Zelfs voor een huisarts is dit moeilijk, omdat het niet het laboratorium is dat de tarieven volgt of niet volgt, maar wel de verstrekker.

Bent u het ermee eens, mevrouw de minister, dat wanneer een patiënt niet weet of zijn staal verwerkt zal worden in een laboratorium waar geconventioneerden of niet-geconventioneerden werken, dit enkel gefactureerd mag worden als geconventioneerd? Immers, de verstrekker brengt de patiënt niet op de hoogte van zijn status en de patiënt kent deze niet. Volgens ons is de geest van de wet dan dat men de conventie volgt. Wat is uw mening hierover, mevrouw de minister?

10.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Peel, het probleem is bekend. Bij de bespreking van maatregelen in verband met artikel 73, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende het aanrekenen van supplementen door zorgverleners voor verstrekkingen, onder andere in de klinische biologie, moet een oplossing gevonden worden in overleg met de artsen en de ziekenfondsen.

De huisarts kan wel weten of het labo met geconventioneerde tarieven werkt of niet. Soms worden die testen echter doorgestuurd naar andere labo's. Dat gebeurt niet met alle testen, maar sommige testen worden doorgestuurd naar een gespecialiseerd labo. Dan kan het prijskaartje inderdaad hoog oplopen. Het gaat dan wel meestal om testen die niet vaak gevraagd worden.

In elk geval moet hierover het nodige overleg plaatsvinden. Tot nu toe is daarvoor nooit een oplossing geformuleerd. Dat is het eeuwige geschil over wie geconventioneerd is en wie niet, wie doorverwijst, en of men dan weet naar wie men wordt doorverwezen.

Voor de gewone verrichtingen weet de huisarts echter wel met welk labo hij samenwerkt, alsook of het een labo is dat tegen geconventioneerde tarieven werkt.

U hebt ook verwezen naar de zoekmachine, waarin u een en ander nog kan opzoeken.

10.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, het zou inderdaad goed zijn om overleg te plegen, teneinde te proberen een oplossing te vinden.

Ik heb het u niet met zoveel woorden horen zeggen, maar u pleit eigenlijk zelf ook in de richting die wij hier voorstellen, met name dat wanneer een patiënt het niet kan weten, het geconventioneerd tarief wordt gehanteerd. Ik zie u evenwel neen schudden.

10.04 Minister Maggie De Block: Dat kan ik niet opleggen. Men moet weten wie men consulteert, een geconventioneerde of een niet-geconventioneerde arts. Wij hebben nu geprobeerd om voor de wachtdiensten te vragen de conventietarieven toe te passen, ook voor niet-geconventioneerde artsen en ook voor mensen met een voorkeursrekening. Wij kunnen dat vragen, maar wij kunnen dat niet zomaar wettelijk opleggen. Wij zullen ter zake echter nog de nodige discussierondjes houden.

De **voorzitter:** Het is een echt probleem.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement d'une infection au VIH" (n° 786)

11 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van een hiv-besmetting" (nr. 786)

11.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida ont été évoqués plusieurs aspects en matière de santé. Le traitement préventif pour les personnes ayant pris un risque en matière de contamination a ainsi été abordé. Je sais que vous êtes favorable à cette approche qui a pour avantage d'éviter aux personnes concernées de contracter la maladie, avec sa cohorte de traitements aux effets secondaires souvent invalidants, mais aussi – en termes de santé publique – d'éviter des traitements de longue durée avec la charge financière que cela entraîne.

Je voudrais évoquer avec vous un autre aspect de la lutte contre cette maladie. C'est celui du programme thérapeutique ICCARRE de traitement allégé mis au point par le professeur Leibowitch en France depuis 2003 et testé sur cent patients. Après un traitement d'attaque d'un ou plusieurs semestres, l'activité virale étant sous contrôle depuis plusieurs mois, le patient se voit prescrire un traitement dosé selon son profil, quatre jours consécutifs – ou même moins – par semaine. Les autres jours, le patient est dispensé de traitement. Le résultat en est une absence de réactivation du virus associée à une baisse, voire à une disparition des effets toxicologiques dus à ces traitements au long cours.

Il se traduit aussi par une meilleure adhésion des patients à une médication psychologiquement et physiologiquement moins contraignante. Des expériences similaires ont aussi été menées avec succès au NIH NIAID aux États-Unis. Un débat a lieu aujourd'hui entre spécialistes au sujet de la pertinence de cette approche. Pour être définitivement validée, elle nécessite une expérimentation élargie.

Madame la ministre, quelle est la position des spécialistes belges du VIH à cet égard? Avez-vous déjà été sollicitée par le corps médical pour l'expérimentation d'essais cliniques similaires en Belgique? La réglementation en vigueur le permet-elle? Quelle est la position de votre ministère vis-à-vis de ce projet qui, s'il était validé, permettrait d'apporter, outre un meilleur confort aux patients, une économie substantielle, entre 40 et 80 % du coût du traitement, au budget de la sécurité sociale?

11.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, jusqu'à ce jour, les centres de référence sida en Belgique traitent les patients selon les recommandations internationales. Nos spécialistes n'ont introduit aucune demande de financement relative au programme ICCARRE auprès de l'INAMI.

Par ailleurs, les spécialistes n'ont pas proposé d'essais pour un tel programme de traitement lors de

l'élaboration du Plan Sida, qui fut présenté officiellement en octobre 2013.

Ensuite, depuis le début des années 2000, aux États-Unis et en France, des études scientifiques médicamenteuses se sont penchées sur la possibilité de simplifier le traitement pour les patients sous antirétroviraux en cas de succès virologique.

Les études sont peu nombreuses. Les firmes pharmaceutiques semblent peu intéressées par cette approche de réduction des doses et du nombre de prises. Quelques résultats concluants ont été obtenus, mais, malheureusement, sur un petit nombre de patients et n'ont pas permis de rassurer les spécialistes en VIH sur l'innocuité du passage au traitement intermittent.

La principale crainte des cliniciens est l'introduction par cette pratique d'une résistance du virus aux traitements antirétroviraux. Voilà le danger: si le changement de régime a pour conséquence un échec virologique avec l'émergence de nouvelles mutations menant à des résistances, le patient nécessitera des régimes de traitements plus complexes, plus difficiles à suivre et comportant davantage d'effets secondaires. Jusqu'à présent, je n'ai pas reçu de demande pour réaliser des études scientifiques en ce sens pour la Belgique.

Les recommandations thérapeutiques françaises, américaines et européennes comportent toutes un chapitre sur l'optimisation du traitement antirétroviral en cas de succès virologique. Le but de l'optimisation est d'améliorer la qualité de vie, favoriser l'observance sur le long terme et réduire les coûts par la réduction du nombre de prises médicamenteuses, la réduction des effets secondaires et la prévention d'une toxicité à long terme. Ces recommandations thérapeutiques mentionnent également très clairement que le principe de cette simplification est de maintenir une suppression virale sans compromettre une future option de traitement.

Les trois recommandations thérapeutiques précitées mentionnent explicitement que les interruptions de traitement, y compris des interruptions séquentielles et intermittentes, ne sont pas des options recommandées.

Des spécialistes belges du VIH sont membres actifs de la European AIDS Clinical Society et ont participé activement à la rédaction des recommandations.

Les antirétroviraux sont remboursés sur base d'une demande d'accord du médecin conseil de la mutualité. Dans le chapitre 4, les critères de remboursement reprennent les critères de diagnostic et de sévérité de la maladie, ainsi qu'une posologie maximale à ne pas dépasser.

Les médecins ou les chercheurs qui voudraient appliquer un traitement intermittent à leurs patients ne rencontreraient aucun obstacle pour l'obtention du remboursement des médicaments.

Ils pourraient en rencontrer au niveau légal vu que le traitement intermittent ne fait pas partie des traitements recommandés et, comme je l'ai dit, pourrait être dangereux pour le patient.

11.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse fouillée. Vous avez dit que les firmes pharmaceutiques y sont peu favorables. Cela ne m'étonne pas. J'aurais tendance à dire qu'on s'en doutait un peu. En effet, elles font en quelque sorte leur beurre sur le nombre de médicaments vendus. Si on interrompt partiellement, forcément, cela leur rapporte moins. Madame la ministre, j'entends bien que vous avez la volonté de faire plus avec moins. C'est une piste éventuelle. Je conviens avec vous que ces essais sont encore trop peu répandus pour en faire une philosophie complète. Cela vaudrait néanmoins la peine que vous puissiez obtenir les résultats de ces expérimentations en France et aux États-Unis à ce point de vue.

Enfin, vous avez évoqué l'éventuel risque de résistance au virus que cela pourrait provoquer. C'est un aspect important auquel je n'avais pas pensé. Je vous remercie de m'y rendre attentif. Je reviendrai sans doute sur ce type de questionnement ultérieurement.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de discriminatie in de mobiele teams (art. 107) naar aanleiding van de toekenning van een bijzondere beroepstitel of bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige geestelijke gezondheidszorg" (nr. 809)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de artikel 107-projecten" (nr. 1017)

12 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la discrimination au sein des équipes mobiles (art. 107) à l'occasion de l'attribution d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise en santé mentale" (n° 809)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les projets article 107" (n° 1017)

La **présidente**: Mme Muylle est excusée.

12.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, dans votre note de politique générale, vous indiquez que, je vous cite: "En 2015, après les négociations au sein de la Conférence interministérielle Santé publique, on travaillera à une extension des projets article 107 pour arriver à une couverture complète du territoire belge."

Comme vous le savez, ces projets article 107 sont particulièrement importants pour la prise en charge multidisciplinaire, y compris de patients psychiatriques soignés hors institutions, pour lesquels un remarquable travail de terrain est réalisé.

Une étude de faisabilité réalisée par un consortium universitaire en janvier 2014 fait référence à une évaluation de la réforme de ces projets article 107 en 2014. Madame la ministre, cette évaluation est-elle aujourd'hui réalisée? Le consortium universitaire a-t-il rédigé un rapport d'évaluation en fin d'année 2014? Avez-vous eu connaissance de ces résultats? Pourriez-vous nous éclairer à leur sujet? Il serait logique, compte tenu du nombre de débats que nous avons déjà eus sur les projets article 107, que vous nous adressiez une copie de l'évaluation du consortium universitaire.

Par ailleurs, des critiques sont parfois exprimées à l'égard de la réforme, notamment relativement à l'absence de définition du groupe cible, soulignant également la nécessité de réfléchir en profondeur à la notion de l'art de soigner et aux modifications en termes de tâches réalisées par les infirmiers (notamment psychiatriques) ainsi que la nécessité d'une réflexion au sujet du financement à accorder à ce secteur.

Madame la ministre, comment comptez-vous intégrer ces réflexions dans votre politique de santé mentale? Je vous remercie.

12.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, ik heb ook een antwoord op de vraag van mevrouw Muylle voorbereid. Het antwoord zal dus in het Nederlands en het Frans verlopen.

Er wordt inderdaad voorzien in de financiering van premies toegekend aan verpleegkundigen in het kader van de projecten van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, volgens de bepalingen van artikel 107. Het betreft verpleegkundigen die initieel werden tewerkgesteld in diensten neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van patiënten, de zogenaamde A-diensten, of in diensten neuropsychiatrie voor de behandeling van volwassen patiënten, met kenletter T, op voorwaarde dat zij in het bezit zijn van de bijzondere beroepstitel "bijzondere beroepsbekwaamheid in de geestelijke gezondheid en de psychiatrie".

Indien een verpleegkundige initieel niet in een A- of T-dienst werd tewerkgesteld, maar bijvoorbeeld in het kader van het opstarten van deze teams werd aangeworven, zal geen enkele premie door de FOD worden betaald.

Wat de diensten neuropsychiatrie voor de observatie en behandeling van kinderen betreft, met kenletter K, is een aanpassing van de erkenningsnormen nodig en aan de gang.

De toekenning van de premie voor de bijzondere beroepstitel of bekwaamheid gebeurt enkel voor ziekenhuizen en rusthuizen voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen. De uitbreiding van de maatregel tot de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven voor beschut wonen, is momenteel niet gepland.

Comme chaque année, l'équipe universitaire en question a procédé à une analyse. Elle sera communiquée dans le courant du mois de février aux personnes concernées car elles ont le droit d'en prendre connaissance avant qu'elle ne soit diffusée auprès du grand public, et également ici. J'accorderai l'attention adéquate ainsi qu'une attention au moins équivalente à l'évaluation des projets de soins, à la lumière de la poursuite de la réforme des soins de santé mentale dans notre pays.

Il faut tenir compte de ceci mais il faut également voir tous les autres aspects de la réforme, en concertation avec les entités fédérées.

12.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, il s'agit encore d'un sujet à traiter en conférence interministérielle. Je souhaiterais que vous nous adressiez spontanément l'évaluation au mois de février. Je comprends très bien que les services en prennent connaissance avant le grand public, cela me semble être un minimum de respect. Je vous remercie de l'adresser à la commission en temps utile.

En ce qui concerne l'apport du travail réalisé par les projets article 107, il serait important qu'il y ait une couverture complète du territoire belge. Et s'il y a des évolutions dans le cadre de ces projets, il faudra tenir compte de la réalité des équipes qui ont maintenant une expérience de terrain.

Enfin, vous avez parlé des primes pour les infirmiers spécialisés en psychiatrie. Il serait important que vous analysiez la capacité de pouvoir lever la discrimination envers ces infirmiers qui travaillent dans les projets article 107. Ils ont les titres adéquats mais il ne faut pas de discrimination entre les différentes prises en charge neuropsychiatriques pour qu'ils puissent bénéficier des primes qui correspondent à leurs titres.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal rokers" (nr. 813)

- de heer Brecht Vermeulen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "illegale sigaretten" (nr. 867)

13 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre de fumeurs" (n° 813)

- M. Brecht Vermeulen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cigarettes illégales" (n° 867)

13.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, de laatste bekendmaking van resultaten dateert alweer van enige tijd geleden. De feestdagen zijn ertussen gekomen.

Uit de meest recente enquête van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid blijkt dat het percentage rokers in vijf jaar tijd slechts daalde met 1,5 %, van 24,5 % in 2008 tot 23 % in 2013. Bij jongeren tussen 15 en 24 jaar daalde het percentage rokers van 25 % tot 22 %, wat uiteraard beter is, maar het steeg opmerkelijk bij vrouwen tussen 15 en 24 jaar. Voor de eerste keer is het percentage rokers bij jonge vrouwen, 22,5 %, hoger dan bij jonge mannen, 21 %.

Dat is een verontrustende vaststelling, want het aantal gevallen van longkanker stijgt elk jaar en longkanker is nu de voornaamste doodsoorzaak geworden bij vrouwen tussen 55 en 64 jaar.

Uit de gezondheidsenquête blijkt voorts dat roltabak meer in trek komt bij jongeren en vrouwen. Het percentage van de dagelijkse rokers bij jongeren tussen 15 en 24 jaar die roltabak gebruiken, is gestegen van 29 % in 2008 tot maar liefst 45 % in 2013. Vooral bij vrouwen is roltabak bijzonder populair geworden.

Door een vrij gunstig belastingtarief, toch in vergelijking met gewone sigaretten, is een gerolde sigaret vier keer goedkoper. De prijzen in België zijn bovendien ook veel goedkoper dan in onze buurlanden. Zo kostte in 2014 een pakje van 50 gram roltabak van hetzelfde merk in België 5,60 euro, in Nederland 8 euro en in Frankrijk 12,30 euro. Dat is dus meer dan het dubbele van de prijs in België.

De verkoop van roltabak kende in ons land dan ook een recordhoogte in 2013. In dat jaar telde men

850 000 rokers van roltabak tegenover 500 000 in 2012.

Mevrouw de minister, maakt u zich even ongerust als ik over deze evolutie? Hebt u al maatregelen genomen om deze trend te keren?

Wat is uw mening over het verschil in belastingtarief tussen gewone sigaretten en roltabak? Wat is uw mening over het eventueel verhogen van de accijnzen op roltabak? Zou dat geen ontradende methode kunnen zijn om deze evolutie te stoppen?

13.02 Brecht Vermeulen (N-VA): Mevrouw de minister, ik ben geen lid van deze commissie. Ik heb nog niet alle collega's gezien na Nieuwjaar en wens iedereen, zoals het past in deze commissie voor de Volksgezondheid, een goede gezondheid toe.

Mijn vraag gaat over sigaretten, die per definitie niet gezond zijn.

In de recentst gepubliceerde studie van de jaarlijks door KPMG gemaakte studies over de sigarettenverkoop in Europa, staat onder andere dat vanaf 2013 de verkoop van sigaretten jaarlijks daalt in ons land en dat is uiteraard een goede zaak. Ten opzichte van 2012 bedraagt de daling meer dan 10 %. Ook in de rest van Europa is een daling van het verbruik van sigaretten te zien, maar minder sterk dan bij ons.

In het onderzoek van KPMG staat ook dat 7,6 % van alle verkochte sigaretten in ons land afkomstig is van namaaksigaretten. In 7,6 % van de gevallen blijkt een pakje Marlboro of Lucky Strike dus niet echt te zijn. In absolute cijfers gaat het over 790 miljoen illegale sigaretten die in 2013 in België werden gerookt. Het totaal aantal verkochte illegale sigaretten blijft blijkbaar vrij stabiel. Er is wel een daling ten opzichte van het jaar daarvoor, maar het is wat meer dan in 2010 en 2011, terwijl de totale verkoop flink zakt. Het is bekend dat de illegale sigaretten vooral in Oost-Europa, en meer bepaald in Wit-Rusland, worden gemaakt.

Door de verkoop van illegale sigaretten loopt de schatkist uiteraard accijnzen, btw en vennootschapsbelastingen mis. Daarnaast is er — en daarvoor zitten wij hier — een sterk verhoogd gezondheidsrisico voor mensen die dergelijke namaaksigaretten roken, want de FOD Volksgezondheid heeft in 2011 een onderzoek uitgevoerd bij 280 pakjes van 14 illegale sigarettenmerken en daaruit bleek dat die sigaretten tot tweemaal de toegelaten gehalten aan koolstofmonoxide of teer bevatten.

Mevrouw de minister, het rapport heeft bij mij dan ook een aantal vragen opgeroepen.

Ten eerste, hebben er sinds 2011 nog controles plaatsgevonden op de bijkomende schadelijkheid van illegale sigaretten ten opzichte van de al schadelijke gewone sigaretten? Wat zijn de eventuele resultaten van dat onderzoek?

Ten tweede, werkt de FOD Volksgezondheid samen met de Administratie der Douane en met de FOD Economie om deze illegale praktijken aan te pakken? Zo ja, wie neemt daarin het voortouw, wie is de initiatiefnemer en hoe verlopen de contacten? Zo nee, zijn er dan plannen om wel samen te werken?

13.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée en mijnheer Vermeulen, ik dank u voor uw vragen.

Mevrouw Jiroflée, op uw eerste vraag kan ik antwoorden dat ik zeker niet ongevoelig ben voor de cijfers van de gezondheidsenquête. Ik weet ook, door alle jaren die ik al op mijn teller heb, hoeveel preventieve acties er al zijn ondernomen op alle niveaus. U weet dat zelf ook, want u bent nog provinciaal afgevaardigde geweest en er zijn ook verschillende provinciale acties gevoerd.

Desalniettemin blijven de cijfers dramatisch, niet alleen voor mannen maar ook voor vrouwen. Wij noteren dat al enkele jaren. Er is sprake van een stijgend aantal vrouwen dat rookt. Zeer verontrustend is echter dat het hier ook gaat over zeer jonge meisjes.

Mijn kabinetsmedewerkers hebben een reeks gesprekken gehad met vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid. Volgens de experts is een prijsverhoging een van de efficiënte maatregelen om het rookgedrag te verminderen. De regering heeft dan ook beslist om een accijnsverhoging door te voeren. Voor sigaretten komt er 20 eurocent per pakje bij en voor roltabak komt er 45 eurocent per 50 gram bij. Dat is een significante prijsstijging, die ertoe moet leiden het verschil in belastingtarief tussen gewone sigaretten en

roltabak te verminderen. Bovendien zal de prijsstijging deels ontradend werken en mogelijk een effect hebben op het rookgedrag bij jongeren.

Daarmee is de kous uiteraard niet af. Er wordt samen met de experts van de FOD Volksgezondheid nog onderzocht welke bijkomende maatregelen moeten worden genomen om vooral het tabaksgebruik bij jongeren nog verder te kunnen beperken en zo mogelijk te voorkomen.

Er werden inderdaad enkele sigarettenmerken geanalyseerd door de FOD Volksgezondheid. Het betrof hierbij enkel sigaretten uit het reguliere circuit. Alle producten voldeden aan de normen inzake teer, nicotine en koolstofmonoxide, maar sigaretten bevatten nog andere producten, waarvan het mogelijk nadelige effect nu misschien nog niet is bewezen; dat kan echter later nog opduiken.

Er werden geen sigaretten geanalyseerd die door de douane uit het illegale circuit werden geplukt. Wij weten uit analyses uit het verleden dat dergelijke sigaretten meestal niet in orde zijn met bijvoorbeeld het teer- of koolstofmonoxidegehalte.

Het is een feit dat gesmokkelde of vervalste sigaretten een nog zwaarder risico betekenen. Ook de sigaretten uit het reguliere circuit blijven zeer schadelijk en kankerverwekkend. Er is dan ook maar een boodschap naar alle mogelijke gebruikers: stop met roken!

De strijd tegen illegale sigaretten wordt in hoofdzaak door de douane en de politie gevoerd. Die diensten zijn bij wet bevoegd en zij bezitten ook de expertise. De inspecteurs van de controledienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid worden bij hun controles weinig of nooit geconfronteerd met dergelijke illegale circuits.

Dat neemt niet weg dat er ook een onderzoek van de samenstelling van de sigaretten gevraagd kan worden, als een lading in beslag genomen wordt. Het is voornamelijk een taak van de douane en de politie om de trafiek van ladingen sigaretten naar ons land te onderscheppen, waar die ook terechtkomen.

13.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik kan alleen vaststellen dat ook de Stichting tegen Kanker zich zeer ongerust maakt over die trends en over het feit dat roltabak zoveel goedkoper is dan gewone sigaretten en meer gebruikt wordt door vrouwen. Als men de cijfers van longkanker bij dames bekijkt en daarnaast legt, dan moet men zich daarover bijzonder ongerust maken.

Er wordt inderdaad al heel veel gedaan om het publiek te ontraden om te roken. Het is niet eenvoudig. Ik pleit zeker niet alleen voor de verhoging van de accijnzen. Ik meen dat hardere maatregelen moeten samengaan met meer maatregelen die inzetten op preventie. Alleszins verontrust het fenomeen mij ten zeerste, omdat de meest kwetsbaren in onze samenleving vaak het minst met gezondheid bezig zijn. Zij maken ook gebruik van goedkope roltabak. Ik zie persoonlijk geen objectieve reden waarom het verschil in accijnzen tussen gewone sigaretten en roltabak zo groot moet zijn, maar ik veronderstel dat wij daarover in de toekomst nog wel zullen praten.

13.05 Brecht Vermeulen (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb over hetzelfde onderwerp ook enkele vragen gesteld aan de minister van Financiën, omdat de verkoop van illegale sigaretten ook een financiële impact heeft, maar het financiële aspect is natuurlijk ondergeschikt aan de gezondheidsrisico's, waaraan trouwens ook altijd een financieel aspect gekoppeld is.

U hebt zelf gezegd dat er een geïntegreerde aanpak is. De samenwerking tussen de verschillende overheidsdiensten zou nog mogen worden geïntensifieerd. Ik wil er dan ook voor pleiten om toch nog analyses te laten doen bij in beslag genomen illegale sigaretten, alleen maar om te weten welke eventuele nieuwe substanties, soms nog schadelijker dan vroeger, in die illegale sigaretten zitten. Rokers weten heel dikwijls wel dat zij illegale sigaretten roken. Men zegt dat men dat ook proeft, maar als men plots te weten zou komen dat er nog veel meer schadelijke stoffen in zitten, dan kan misschien ook daarmee een ontradend effect gecreëerd worden.

La **présidente**: Je ne doute pas que l'on reparlera du tabac et des cigarettes dans cette commission.

13.06 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, toen ik in 1999 in de commissie voor de Volksgezondheid kwam, werden hier nog een pijp, een sigaar en een sigaret opgestoken, totdat wij tegen het einde van de vergadering elkaar zelfs niet meer zagen zitten.

13.07 Véronique Caprasse (FDF): La plus belle loi est celle qui interdit de fumer dans les restaurants. Quand on aime manger, c'est un réel plaisir de manger sans l'odeur de cigarette.

La **présidente:** Aujourd'hui, on n'imagine plus qu'au restaurant, quelqu'un puisse fumer à la table à côté. Pourtant, ce fut un débat difficile.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique envisagée en faveur des médicaments biosimilaires" (n° 854)

14 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorgenomen beleid ter bevordering van het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen" (nr. 854)

14.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, ceci a été démontré à plusieurs reprises: une utilisation accrue des médicaments biosimilaires présente de nombreuses opportunités, tant pour les patients que pour l'assurance maladie. Ainsi, il est admis que les médicaments biosimilaires fournissent une opportunité concrète de traiter des patients qui, pour des raisons budgétaires, n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement du traitement de marque chère. Ils participent de la sorte à rendre les soins de santé accessibles à davantage de personnes.

Malgré ces aspects positifs, il ressort néanmoins que les biosimilaires sont sous-utilisés dans notre pays. Une telle situation contraste avec l'essor de ces médicaments dans bon nombre d'autres pays européens, et ce, alors que l'arrivée du biosimilaire EPO sur le marché belge permet à l'INAMI d'économiser chaque année pas moins de 40 millions d'euros.

À titre de comparaison, les biosimilaires représentent une part de marché de 45 % en Allemagne, là où leur utilisation chez nous est proche de zéro.

Madame la ministre, comme on le voit, il semble que les avantages d'une utilisation accrue des médicaments biosimilaires sont multiples. Or, dans votre exposé d'orientation politique que j'ai relu attentivement, je n'ai pas vu de mention de ce type de médicaments. Pour ce qui concerne l'accord de gouvernement, vous vous bornez à vous engager à poursuivre la politique initiée en la matière par votre prédécesseur, qui consiste à encourager et favoriser leur usage.

Madame la ministre, une augmentation des biosimilaires dans la part de médicaments consommés annuellement en Belgique constitue-t-elle une priorité pour votre gouvernement?

Si oui, quelles mesures comptez-vous engager afin d'atteindre cet objectif et inciter les patients à se tourner davantage vers ce genre de médicaments?

Par ailleurs, comme l'a fait remarquer le KCE, il subsiste encore de nombreuses craintes et malentendus au sujet des médicaments biosimilaires, lesquels répondent pourtant aux normes les plus élevées en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité.

Comment comptez-vous combler ce déficit d'information auprès des patients et des professionnels de la santé?

Enfin, certains experts du secteur du médicament générique plaident pour la mise en place d'un plan de cinq ans, pour les médicaments biosimilaires, visant à créer un climat entrepreneurial durable pour les sociétés commercialisant ce type de médicaments.

Quelle est votre position à ce sujet?

14.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Senesael, je vous remercie pour votre question. En effet, les médicaments biosimilaires peuvent constituer une alternative équivalente pour les patients que l'on appelle bionaiïfs, c'est-à-dire les patients qui n'ont jamais pris cette molécule dans son état originel, à un coût moins élevé pour l'assurance maladie.

Je constate avec vous que leur utilisation en Belgique est néanmoins négligeable. L'accord de gouvernement prévoit donc de poursuivre la politique existante qui favorise et encourage les médicaments bon marché dont les biosimilaires, lorsqu'ils fournissent une alternative thérapeutique valable. L'une des

recommandations du KCE est d'attribuer une même base de remboursement aux médicaments biologiques originaux et aux médicaments biosimilaires. Ma politique tiendra compte de cette recommandation.

Entre-temps, j'ai entamé des discussions avec l'industrie pharmaceutique dans le secteur des médicaments originaux comme dans le secteur des génériques ainsi qu'avec les représentants des médecins afin d'avoir une idée plus précise de la faisabilité et de l'adhésion sur le terrain en ce qui concerne plusieurs propositions. Une campagne d'information fondée sur l'évaluation scientifique de l'Agence des médicaments fait également partie des possibilités à envisager.

14.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour ces éléments de réponse qui, dans un premier temps, balaient évidemment le terrain du biosimilaire quant à la politique existante qui sera poursuivie et aux recommandations du KCE que vous faites vôtres. Je me réjouis qu'il y ait un examen de la faisabilité et de l'adhésion sur le terrain de ces possibilités et que cela pourrait être poursuivi par une campagne d'information. Nous l'avons répété ce matin dans l'ordre des travaux, nous reviendrons de manière beaucoup plus ciblée et plus fouillée sur cette question qui me semble importante, tant pour les patients que pour les professionnels de la santé. Dans un premier temps, je vous remercie pour ces éléments de réponse.

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

15 Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het hoge gebruik van geneesmiddelen in dit land" (nr. 859)

15 Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation importante de médicaments dans notre pays" (n° 859)

15.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, België is niet alleen qua belastingdruk het leidinggevende land in Europa. Nog een andere weinig te benijden eerste plaats valt ons te beurt, want ook inzake uitgaven voor de geneesmiddelenfactuur staan wij op nummer één.

De gemiddelde inwoner van dit land betaalt maar liefst 550 euro per jaar aan geneesmiddelen, wat 200 euro meer is dan het Europees gemiddelde en zelfs 355 euro meer dan de beste leerling van de Europese klas, met name Denemarken. Dat staat te lezen in het rapport *Health at a glance: Europe* van de OESO.

Dezelfde problematiek werd eerder al aangesneden door professor Lieven Annemans in zijn veelgelezen boek *De prijs van uw gezondheid*.

Er zijn twee oorzaken voor die hoge prijs. Er is, enerzijds, bij de doorsnee burger een algemene cultuur om snel naar geneesmiddelen te grijpen, maar, anderzijds, is het aandeel van de generische geneesmiddelen ondermaats, voornamelijk omdat ze te weinig worden voorgeschreven. Zelfs wanneer ze worden gebruikt, zijn het vaak niet de goedkoopste geneesmiddelen op de markt.

Het spreekt voor zich dat een lager en slimmer geneesmiddelengebruik ook gezonder is voor onze staatskas.

Daarom had ik graag het volgende geweten. Wat bent u van plan om die hoge geneesmiddelenuitgaven te doen zakken? Denkt u aan het verbreden van het beleid dat goedkope geneesmiddelen bevordert? Denkt u aan het aanscherpen van de concurrentie op de markt, bijvoorbeeld door een meer transparante prijszetting, of wenst u in de eerste plaats de arts te bereiken, die doelmatiger moet voorschrijven? Zo ja, wat moeten wij ons daar dan bij voorstellen?

Welke maatregelen genieten uw voorkeur? Wanneer komen ze op tafel?

Ik dank u bij voorbaat voor uw antwoorden.

15.02 Minister Maggie De Block: Mijnheer Vercammen, in antwoord op uw vraag kan ik u mededelen dat mijn administratie een systeem van individuele feedback van de zorgverleners heeft uitgewerkt, om na te gaan in welke mate de aanbevelingen inzake rationeel geneesmiddelengebruik wel degelijk worden opgevolgd.

Dat systeem zullen wij de komende jaren nog intensifiëren. Het zal worden versterkt door het veralgemeende gebruik van elektronische medische software, die gebruik zal maken van scripts om bij het voorschrift te helpen.

De programmawet voorziet in een vervanging van de definitie "goedkoopst" door de definitie "zoals van toepassing in de maatregel betreffende aflevering van goedkoopste geneesmiddelen bij voorschriften op stofnaam". Dat betekent dat enkel de drie goedkoopste geneesmiddelen of alle geneesmiddelen die binnen een vork van 5 % boven het goedkoopste geneesmiddel liggen, voortaan als goedkoop zullen worden beschouwd. De voorschrijfquota van de artsen zullen meetellen.

Producten die zich niet op dit prijsniveau aligneren, blijven terugbetaald. Zij komen echter niet in aanmerking voor de nieuwe voorschrijfquota, die zo goed mogelijk moeten zijn.

Dat is al een incentive om de arts te stimuleren het goedkoopste geneesmiddel voor te schrijven.

In overleg met de artsen zullen de aangewezen communicatiekanalen worden uitgewerkt.

In juli 2015 zal een eerste kwalitatieve evaluatie gebeuren in overleg met de representatieve artsensyndicaten. In januari 2016 zal een kwantitatieve evaluatie plaatsvinden op basis van de gegevens van de eerste acht maanden van 2015. In het recent gesloten Medicomut-akkoord hebben de artsen en de verzekeringsinstellingen zich ook achter deze maatregel geschaard.

Om de beweging naar zo goedkoop mogelijke geneesmiddelen te stimuleren, zal juridisch worden onderzocht of het opnemen in de vergoedbaarheid van nieuwe generieke geneesmiddelen na het openen van de referentiecluster enkel kan worden toegestaan wanneer de generieke geneesmiddelen niet hoger zijn in prijs dan binnen de vork van 5 % van de goedkoopste voorschriften.

Daarnaast heb ik de artsen ook een aantal maatregelen voorgesteld om ook op het volume te werken en de gebruikte geneesmiddelen te verminderen. De campagne die wij eind december hebben gelanceerd voor een beter en vooral minder gebruik van antibiotica is daar een voorbeeld van. Die zullen wij ook moeten evalueren.

15.03 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het volstaat ruimschoots.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vestigingswet van apotheken" (nr. 866)

16 Question de Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi d'établissement des pharmacies" (n° 866)

16.01 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb een vraag over de vestigingswet voor apotheken, die gewijzigd werd in 2014. Er werd toen in een aantal criteria voorzien om vast te leggen waar nieuwe apotheken geopend kunnen worden op basis van de geografische spreiding en het aantal inwoners per gemeente. Dat lijkt een heel logische redenering, maar naar verluidt zijn er toch wel wat problemen en rijzen er daarbij toch wel wat vragen.

De regels met betrekking tot het openen van een nieuwe vestiging zouden naar verluidt wat omzeild worden door de bepalingen opgenomen in diezelfde vestigingswet, namelijk door § 5bis, waardoor men een apotheek kan overbrengen naar een naburige gemeente. Men stelt vast dat men nogal vaak een apotheek overbrengt van de stad naar de randgemeente, waardoor er concurrentie ontstaat met bestaande apotheken in die randgemeente en die apotheken hun cliënteel zien verminderen. In § 5bis wordt nochtans als criterium gehanteerd: "voor zover deze overbrenging een betere geografische of demografische spreiding van de apotheken tot gevolg heeft in vergelijking met de toestand voor de overbrenging".

Er bestaat toch wel wat bezorgdheid en vrees. Hierdoor dreigt de economische leefbaarheid van de bestaande apotheken in het gedrang te komen als men er niet in slaagt een bepaalde ratio te hanteren.

Mevrouw de minister, hebt u weet van dergelijke klachten of problemen? Kreeg u melding van problemen inzake de economische leefbaarheid?

Is er voorzien in een evaluatie van de uitvoering van deze toepassing, met desgevallend, indien daartoe aanleiding is, ook een aanpassing van de wetgeving?

16.02 Minister **Maggie De Block**: Het KB van 25 september 1974 betreffende de opening, de overbrenging en de fusie van voor het publiek opengestelde apotheken bepaalt de criteria op grond waarvan een vergunning tot overbrenging of opening kan worden verleend.

De spreidingswet werd ingevoerd omdat er in de stedelijke gebieden een veel te hoge concentratie van apotheken was. U moet maar eens een wandelingetje achter het Parlement maken. Ik weet er minstens vijf zijn. Daarnaast werden sommige rurale gebieden verwaarloosd.

Het klopt dat de regelgeving van de gemeenten uitgaat. Het is aan hen om de demografische en geografische spreidingscriteria te bepalen.

Het doel blijft evenwel de spreiding te organiseren ter bescherming van de volksgezondheid, in alle streken van het land.

De grond om de overbrenging naar een naburige gemeente toe te laten past volledig in deze ratio legis. Het beoogt een prikkel te zijn om de apotheker van de stedelijke gebieden met een veel te hoge concentratie naar de meer rurale randgemeenten te verplaatsen. Pas de laatste jaren begint deze bepaling een effect te hebben.

Concreet, inzake de economische leefbaarheid van apotheken, heb ik vooral weet van problemen in stedelijke gebieden, waar er een overconcentratie aan apotheken is. In deze gebieden worden ook apotheken gesloten door een definitieve sluiting of door fusie.

Ik heb weet van de weerstand van plaatselijke apotheken in randgemeenten wanneer een apotheek naar de betrokken gemeente wordt overgebracht op grond van een betere spreiding. Ik heb geen kennis van apotheken die daardoor in de randgemeente moeten sluiten of niet meer leefbaar zouden zijn.

Eventuele wijzigingen aan het KB zouden kunnen worden overwogen, maar pas na consultatie van de betrokken sectoren en belangengroepen. Daarenboven moeten er ook mededingingsaspecten worden voorgelegd aan de Mededingingsautoriteit.

Uiteraard moet dit ook worden gezien in het kader van het belang van de patiënt-consument, gezien een gezonde mededinging een prikkel voor kwalitatieve apotheekdiensten is.

16.03 **Sonja Becq** (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het uitgangspunt van een goede spreiding met het oog op de volksgezondheid is voor iedereen ongetwijfeld het meest logische. Ik vraag mij alleen af wat het effect na deze aanpassingen zal zijn.

Vandaar mijn vraag of u ook zult zorgen voor een systematische evaluatie of een geografische kaart, waardoor men het effect kan zien? U zegt dat een aanpassing na een consultatie met de verschillende groepen desgevallend zou kunnen.

Een bijkomende vraag is of u systematisch van plan bent om dat te evalueren.

16.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Becq, er zijn altijd mensen die tevreden zijn en mensen die niet tevreden zijn.

Wij hebben beslist om te vragen in hoeverre het tot problemen leidt. Er worden immers steeds berekeningen gemaakt om te beslissen of een dossier al dan niet wordt goedgekeurd. Ik heb al verschillende dossiers weten afgekeurd worden. Er wordt steeds een berekening gemaakt op basis van het aantal inwoners, de geografische spreiding en de nabijheid van andere apotheken. Dat wordt altijd al gedaan. Er moet een motivatie zijn om een apotheek te verplaatsen, anders wordt ze niet goedgekeurd. Er moet een betere geografische spreiding zijn.

Als er bijvoorbeeld slechts één apotheek is in een randgemeente en er komt een apotheek bij, dan wordt de taart in twee gedeeld. Dat is natuurlijk zo. Het probleem van te veel apotheken rijst echter vooralsnog niet buiten de steden. Er zijn fusies en verplaatsingen, maar het betreft een ingewikkeld systeem met altijd andere berekeningen. Als het systeem eventueel te lijden heeft onder kinderziekten, zullen wij het moeten evalueren.

16.05 Sonja Becq (CD&V): U wilt eventuele problemen dus aanpakken. U wilt mensen ook vragen om problemen automatisch aan u te signaleren.

16.06 Minister Maggie De Block: Zij kunnen dat nu al. Men moet niet iedereen naar mij verwijzen.

16.07 Sonja Becq (CD&V): Dat was de vraag.

La **présidente**: Il est vrai qu'il y a également le critère relatif au nombre d'habitants.

16.08 Maggie De Block, ministre: Il y a aussi la question de l'accessibilité.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Samengevoegde vragen van

- de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de 'Decathlon' van gezondheidsmiddelen" (nr. 875)

- de heer Franky Demon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Medi-Markets" (nr. 1010)

- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opening van een Medi-Marketvestiging" (nr. 1271)

- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opening van een Medi-Marketvestiging" (nr. 1281)

17 Questions jointes de

- M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le 'Decathlon' des produits de santé" (n° 875)

- M. Franky Demon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les Medi-Market" (n° 1010)

- Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'ouverture d'un Medi-Market" (n° 1271)

- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'ouverture d'un Medi-Market" (n° 1281)

17.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, ik las een maand geleden in *De Tijd* een opvallend bericht waarin de opening van de eerste Medi-Market in België, een winkel in parafarmaceutische producten die gecombineerd is met een apotheek voor medicijnen, werd aangekondigd. Over vijf jaar zouden er in België twintig vestigingen moeten komen. Men is bijzonder ambitieus en men verklaart dat de distributie van parafarmaceutische middelen aan heruitvinding toe is.

Zonder voor of tegen te willen zijn, roept dat enkele vragen op. De consequenties van dergelijke hybride megawinkels kunnen immers verstrekkend zijn. Zij lijken de strijd te willen aangaan met traditionele apotheken, supermarkten, biowinkels en online shoppen, allemaal sectoren met eigen uitdagingen, waar de politiek meestal ook bij betrokken is. De nieuwe winkels lijken de vermenging van het medische en commerciële aspect nog dichterbij te brengen.

Hoewel het probleem complex is, kan ik mijn vraag beperkt houden. Bent u, of zijn uw diensten, van het ambitieuze project op de hoogte?

Zijn de mogelijke gevolgen overwogen? Hoe zal er toegekeken worden op de winkelformule?

Ten slotte wil ik ook van u vernemen of u die evolutie als positief of negatief ervaart.

17.02 Franky Demon (CD&V): Mevrouw de minister, onlangs opende de eerste Medi-Market in ons land,

het warenhuis voor alles wat met de gezondheid te maken heeft. Het warenhuis wil met lagere prijzen en een groot aanbod de concurrentie aangaan met de gewone apothekers in ons land voor alle gezondheidsproducten waarvoor geen doktersvoorschrift nodig is of die niet geregistreerd zijn als geneesmiddel.

Het gaat daarbij om natuurlijke medicijnen, hydraterende zalfjes en smeermiddeltjes, tot babyvoeding en voedingssupplementen. De Algemene Pharmaceutische Bond heeft hier vragen bij en vreest dat het een eerste stap is naar een verdere commercialisering van de apotheken. De APB haalt als voorbeeld de Verenigde Staten aan, waar gigantische apotheken in geen tijd gewone warenhuizen geworden zijn, waar ook alcohol en frisdranken verkocht worden en waar ergens achteraan nog een apotheek verborgen zit.

Echte apothekers begeleiden de patiënten bij hun medicatiegebruik en volgen dat op.

Welke controlemechanismen zijn er ingebouwd om te vermijden dat publieke apotheken op termijn omgevormd worden tot winkels?

Hebt u hierover gesprekken gevoerd met de APB en heeft hij beleidssuggesties gedaan?

Hebt u weet van andere aanvragen voor nieuwe Medi-Markets?

17.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, ik ben even bezorgd als de vorige spreker.

Onlangs werd in Gosselies een Medi-Market geopend en zo hebben wij vandaag de eerste parafarmaciesupermarkt van ons land.

Als het aan de oprichter ligt – en ik schrok daar niet van – mogen ook Brussel, Antwerpen en Luik volgend jaar een Medi-Market verwachten. Hij heeft grootste plannen, want hij wil tegen 2020 twintig dergelijke zaken openen.

Het gaat over meer dan zeventuizend parafarmaceutische producten. Dat is een gigantische hoeveelheid. Ook geneesmiddelen zullen verkrijgbaar zijn in de supermarkt, maar dan wel via een omweg. In hetzelfde gebouw is er een glazen deur en een aparte ingang.

Zoals de eigenaar heeft gezegd, is het een winkel à la Decathlon, die heel commercieel gericht is en waar men achteraan een apotheek vindt.

In België hebben wij gelukkig altijd een heel streng beleid gevoerd wanneer het gaat om het afleveren van geneesmiddelen. Er werd voor het afleveren van medicijnen bewust gekozen voor de apotheek, waar men advies geeft en begeleiding centraal stelt en waar het commercieel aspect op de achtergrond blijft.

Wij zijn daarin goed geslaagd. De apothekers zijn geen handelaars geworden. Er zijn er weinig die ontspreken en wanneer dat het geval is, roept de Orde hen op het matje.

Het is mijn bezorgdheid of die apotheker in een megasupermarkt als apotheker advies zal blijven geven of mee in die commerciële logica zal stappen. In de Verenigde Staten – dit aspect hebben de mensen van de APB ook aangehaald – ziet men verschuivingen. Daar is het ook eerst begonnen met parafarmacie en ondertussen kan men er zelfs alcohol en andere frisdranken krijgen.

Mevrouw de minister, België beschikt over inspectiediensten die daarop streng toezicht kunnen houden. Zullen die diensten onderzoeken of de supermarkt die er vandaag is, aan de wettelijke voorwaarden voldoet? Beschikt u daaromtrent al over informatie?

Zullen zij dat ook op langere termijn blijven doen, gesteld dat men voldoet aan de wettelijke eisen?

Ten tweede, het geneesmiddelengebruik in ons land is hoog. Wij hebben in de commissie dikwijls debatten daarover. Wat zal de impact zijn van zo'n supermarkt op het geneesmiddelengebruik? Zal het nog verhogen? Ik hoop dat u waakzaam zult zijn, dat u nagaat of er al dan niet ingegrepen moet worden en dat u initiatieven neemt.

17.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je ne reprendrai pas ce qui a déjà été dit, le

contexte ayant été évoqué.

Ce qui me préoccupe, ce n'est pas la mise en place de parapharmacies. D'ailleurs, les pharmacies vendent des produits dits de santé (au sens large) ou de beauté. Ce qui me gêne, c'est l'appellation du commerce et les produits qui y sont proposés. Dans *De Morgen*, le responsable de Medi-Market a déclaré qu'il avait trouvé une astuce pour pouvoir associer la parapharmacie et la pharmacie. Ainsi une porte transparente a été prévue entre chaque magasin pour permettre aux clients de passer d'une partie à l'autre.

Madame la ministre, pouvez-vous me garantir que la loi relative à l'implantation des pharmacies sera respectée? En effet, il n'est pas envisageable de permettre l'installation, en catimini, d'une pharmacie en l'associant à une parapharmacie? En joignant les deux appellations, on risque de porter atteinte à la fonction de professionnel de la santé qu'est le pharmacien qui a vu son rôle augmenté en matière de conseil et de suivi de certains patients et en termes d'accès au dossier médical des patients. Par ailleurs, je rejoins les craintes dont il a été fait état en termes de surconsommation et d'automédication. Aussi, de quelle manière les services d'inspection peuvent-ils être mobilisés pour garantir le respect des missions du pharmacien, vu ce genre d'activité commerciale qui a, évidemment, pour but de pousser à la consommation? Il y a ici un conflit potentiel entre l'information donnée au client et l'information donnée au patient.

17.05 **Minister Maggie De Block:** De opening van één Medi-Market heeft hier al heel wat deining veroorzaakt, maar het lijkt evenwel nog vroeg om een inschatting van de gevolgen te maken. Het is tot nu toe geen evidentie dat deze voor ons land nieuwe verkoopsformule zou leiden tot een verstoring van de markt voor apotheekdiensten ten koste van patiënten-consumenten. Het is zo dat parafarmaceutische producten en farmaceutische producten op één locatie worden aangeboden, weliswaar met een glazen deur ertussen, maar het enige dat kan worden gesteld is dat dit vandaag ook al het geval is in vele apotheken. Momenteel voldoet Medi-Market aan alle wettelijke voorwaarden.

Wat het markttoezicht betreft, dit wordt in het algemeen geregeld door het Wetboek van economisch recht. Het gaat dan over de bescherming van economische mededingingen en de marktpraktijken. Voor het luik "apotheek" dient er voldaan te zijn aan het KB van 25 september 1974 betreffende de opening, de overbrenging en de fusie van voor het publiek opengestelde apotheken, dat een controle ex ante behelst van de locatie van de vestiging in het algemeen belang. De exploitatie van de apotheek is verder onderworpen aan een specifieke wetgeving, inzonderheid aan het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers, alsook aan een bijzonder toezicht door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. Ten slotte zijn ook die apothekers onderworpen aan een deontologisch toezicht. Het komt ons dus toe om daarop het nodige toezicht te houden wat de farmaceutische verrichtingen betreft.

Il est naturellement évident que mes services suivront attentivement cette évolution et proposeront des mesures en concertation avec les différents partenaires, comme l'Association Pharmaceutique Belge (APB) ou l'Office des Pharmacies Coopératives de Belgique (OPHACO), si cela se révèle nécessaire dans l'intérêt du patient ou du consommateur.

Het is dus te vroeg om in te grijpen. Er moet een inbreuk vastgesteld worden vooraleer kan worden ingegrepen. In de artikelen werd uitvoerig uitgelegd dat zij momenteel ook aan alle wettelijke vereisten voldoen. Waarschijnlijk is er ook een verplaatsing aangevraagd van een apotheek en is daarrond de constructie van een farmacie/parafarmacie opgezet. Hoewel zij nu aan alle wettelijke vereisten voldoen, blijven onze inspectiediensten zeer alert.

17.06 **Jan Vercammen (N-VA):** Mevrouw de minister, misschien is het een beetje voorbarig, maar ik wil u toch een beetje uit uw tent lokken door u te vragen wat uw mening als huisarts en als arts daarover is. Mijn persoonlijke vrees is dat niet de slimste mensen daarvoor het meeste vatbaar zijn. Er ontstaat ook een marktgegeven rond.

We zullen waarschijnlijk nog wel ruim de gelegenheid krijgen om daarover een mening te vormen.

17.07 **Franky Demon (CD&V):** Mevrouw de minister, een goede opvolging lijkt mij belangrijk. Het hoeft natuurlijk niet aan u gemeld te worden of er nog snel nieuwe Medi-Markets geopend zullen worden, maar hebt u er wel weet van?

17.08 **Minister Maggie De Block:** Ik heb dat, net zoals u, in de pers gelezen.

17.09 Franky Demon (CD&V): Dank u wel.

17.10 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, wat ik vreesde, klopt: zij voldoen aan alle wetten omdat ze een achterpoortje gebruiken, waardoor u als minister vandaag ook een beetje vastzit. Dat is echter vandaag. Op lange termijn moet er zeker overleg komen met de actoren op het veld en dan denk ik in de eerste plaats aan de apothekersbonden en ook aan de coöperatieve apotheken, aan de verschillende apotheken die bestaan. In Nederland hebben namelijk vergelijkbare verschuivingen plaatsgevonden en daar kan men nu in winkels zoals het Kruidvat bijvoorbeeld pijnstillers verkrijgen. Zulke tendensen gebeuren heel snel.

In België hebben wij altijd een heel goed imago gehad op het vlak van gezondheid; ik hoop dan ook dat u als minister de juiste initiatieven neemt. De oprichter had namelijk fier in de krant staan roepen dat hij wel twintig van dergelijke “Decathlons voor gezondheidszorg” zou openen. Ik denk dat wij daarmee, gelet op ons imago, niet gediend zijn. Ik hoop daarom dat u de juiste initiatieven zult nemen om die tegen te houden, in de mate dat dit kan.

17.11 Minister Maggie De Block: Ik kan alleen binnen de wettelijke mogelijkheden handelen.

17.12 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, vous ne pouvez intervenir que dans le cadre de la loi et il est peut-être trop tôt pour s'inquiéter. Néanmoins, il est intéressant d'anticiper car nous sommes à la frontière entre, d'une part, des structures soumises au règlement et au cadre des professionnels de la santé et des pharmacies et, d'autre part, les parapharmacies qui sont soumises à d'autres règles.

On connaît évidemment la tendance à l'automédication et aux produits qui ne sont pas des médicaments ou qui parfois le sont mais ne bénéficient pas de remboursement. On peut dès lors imaginer des rapports de force et des dérives qui pourraient s'installer avec le temps. Il est donc intéressant d'anticiper et de déterminer quelles règles mettre en place pour éviter qu'il n'y ait des dérives. On sait en outre que des rapports de force peuvent s'installer entre les gros acteurs, style multinationales, et les petits pharmaciens indépendants qui peuvent donner lieu à des modifications dans la structure du paysage pharmaceutique. Cela fait partie des risques auxquels il faut être vigilant.

17.13 Maggie De Block, ministre: Nous y restons très attentifs mais, comme cela figure dans la loi, nous ne pouvons rien faire.

17.14 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Cela reste une affaire à suivre, tant pour vous que pour nous, pour l'Agence des médicaments, etc. Il faut vérifier que tout se passe correctement.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 880, 881 et 882 de Mme Nathalie Muylle sont reportées.

18 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de wet betreffende de internering van personen" (nr. 884)

18 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exécution de la loi relative à l'internement des personnes" (n° 884)

18.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, vorig jaar in mei, nog net voor het einde van de legislatuur, werd de wet betreffende de internering goedgekeurd. Zij werd gepubliceerd op 9 juli 2014. Het is een heel cruciale wet, wat de voorbije maand nog duidelijk werd naar aanleiding van de zaak van Frank Van den Bleeken.

Het is noodzakelijk dat geïnterneerde personen een betere rechtspositie en uiteraard ook een betere verblijfssituatie krijgen. De wet is uitvoerig voorbereid en uitgewerkt, met destijds nog hoorzittingen in de Senaat, maar ze vraagt ook een brede uitvoering.

In de wet zit ook een onderdeel over de gerechtshpsychiatrie vervat. Wij weten allen dat gerechtshpsychiaters heel laat worden betaald. Wat wij echter niet weten, is dat zij dikwijls ook heel slecht worden betaald. Voor een dossier krijgt men bijvoorbeeld een forfaitair bedrag van ongeveer 370 euro. Of men daar nu 12, 16 of

24 uur aan werkt, maakt geen verschil. De gerechtspsychiater in de zaak van Kim De Gelder verdiende destijds 2 euro per uur. Er zijn heel geëngageerde gerechtspsychiaters die het werk als hobby moeten doen, omdat zij er geen zelfstandige activiteit van kunnen maken.

Daarom werd destijds een amendement ingediend op de wet betreffende de internering om het gebruikelijk honorarium via het RIZIV te regelen, aangezien het ook om dokters gaat en het uurloon zo even hoog zou worden als het gebruikelijk honorarium via het RIZIV.

Een gerechtspsychiater speelt een belangrijke rol in de rechtsbedeling en is van uitzonderlijk belang voor de verdachte en de rechter om een juiste uitspraak te kunnen doen. Toch zijn er geen opleidingsmogelijkheden voor gerechtspsychiaters en zijn de werkomstandigheden slecht. Het wordt dan ook bijzonder moeilijk om juist te bepalen of iemand al dan niet toerekeningsvatbaar is.

Daarom is in de wet opgenomen dat er binnen de FOD Volksgezondheid een cel kwaliteitsbewaking moet komen. Zo'n cel bestaat ook in Nederland. Zij heeft tot doel na te gaan of de verslagen voldoen aan bepaalde kwaliteitsnormen, zowel inhoudelijk als vormelijk. Nu zijn de verslagen immers zeer divers, het ene sterk uitgewerkt en het andere niet uitgewerkt. Om de erkenning en de betaling van de gerechtspsychiater billijk te laten verlopen, is het ook van belang dat de kwaliteitsbewaking wordt uitgebouwd.

Daarom heb ik de volgende vragen, mevrouw de minister.

Welke initiatieven zult u nemen om ervoor te zorgen dat de wet tot uitvoering wordt gebracht?

Hoe staat het met de voorbereiding en de oprichting van de cel kwaliteitsbewaking om de kwaliteit te garanderen? Uit wie zal de cel bestaan?

Wanneer zal die cel operationeel zijn? Weet u al hoeveel middelen nodig zullen zijn voor een correcte uitbetaling van de gerechtspsychiaters?

18.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Hoof, hoewel de regering nog in enkele aanpassingen voorziet, wordt het aspect zorg in deze wet reeds door mijn administratie onderzocht en voorbereid.

Zo werd door de gemengde werkgroep Forensische Psychiatrie een advies voorbereid over de erkenningscriteria voor de nieuwe beroepstitel op niveau 3 voor forensische psychiatrie, zoals vermeld in het eindadvies van de Hoge Raad voor de geneesheren-specialisten en huisartsen van oktober 2014.

Deze expertenwerkgroep waarschuwt voor de specifieke bepaling in artikel 5, § 5, "voordat ze naar de rechtbank worden gestuurd". Volgens de leden zou dit namelijk kunnen leiden tot vertragingen in de gerechtelijke behandeling van de dossiers.

Het staat trouwens in de wet dat de FOD Volksgezondheid alleen voorziet in de op te richten cel kwaliteitsbewaking. De FOD Volksgezondheid staat niet in voor de betaling van de gerechtspsychiaters. De organisatie en de taakinvulling van deze cel zullen dan ook bepalen in welk budget hiervoor moet worden voorzien bij Justitie; dat wordt nog niet in de wet gespecificeerd.

Uw vragen over de middelen, de werkomstandigheden, de betaling en de achterstal van betalingen aan gerechtspsychiaters zult u aan minister Geens moeten richten. Ik heb een paar maanden op dat terrein dienstgedaan. Ik weet dat daar nog heel wat problemen zijn.

De relatie tussen, enerzijds, een a priori kwaliteitsbewaking van individuele verslagen, waarbij men ervoor moet zorgen dat er niet aan de onafhankelijkheid van de deskundigen wordt geraakt, versus een meer globale kwaliteitsevaluatie a posteriori, en, anderzijds, de bepalingen van het deskundigenonderzoek, zoals bepaald in het Gerechtelijk Wetboek, zal daarom nog moeten worden geanalyseerd.

Dat is een moeizaam evenwicht dat men aan het zoeken is om te komen tot een kwaliteitsbewaking a priori en a posteriori, waarna de bepalingen van het deskundigenonderzoek op hun volledigheid moeten worden bekeken.

Dat is immers bepaald en dat zal nu kunnen gecontroleerd worden. Ik neem aan dat het ene advies wat uitvoeriger zal zijn dan het andere, maar toch moeten een aantal essentiële elementen zich daarin bevinden.

18.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik hoor u zeggen dat alles inzake de kwaliteitsbewaking nog in voorbereiding is. Het is inderdaad van belang voor de kwaliteit dat er een controle gebeurt, die vandaag niet gebeurt. Ik hoor u wel zeggen dat die controle a priori eigenlijk niet wordt geapprecieerd, vanwege het vertragen van de rechtsgang ter zake. Ik hoor u pleiten voor een controle a posteriori, waarbij men de eenvormigheid van het verslag en de kwaliteit gaat bekijken.

18.04 Minister Maggie De Block: Men moet ervoor zorgen dat er geen vertraging van de rechtsgang gebeurt. Men weet dat er daar nog veel werk aan was, anders had men nooit gezegd dat de wet pas tegen 1 januari 2016 uitvoerbaar moet zijn. Iets dat zo prangend is, zou men niet met een jaar uitgesteld hebben, als er niet veel werk aan zou zijn.

18.05 Els Van Hoof (CD&V): Ik hoor u ook zeggen dat het uurloon volgens het RIZIV nog steeds moet uitbetaald worden via Justitie. Het feit dat het volgens die norm gebeurt, wordt niet betwist. Dat is immers het punt: nu wordt er forfaitair betaald via Justitie, maar in de wet staat nu dat het eigenlijk een uurloon moet worden via het RIZIV. Er moet toch worden bekeken wie ter zake in de toekomst in het budget zal voorzien.

18.06 Minister Maggie De Block: Er zijn nog andere kosten waarvan Justitie zegt dat het RIZIV ze moet betalen. Er zijn reeds contacten geweest tussen de kabinetten, maar ik kan natuurlijk geen blanco cheque voor alle geneeskundige verzorgingen in de penitentiaire instellingen tekenen. Ik moet daarvan een precieze omschrijving hebben en dan moet daarover natuurlijk onderhandeld worden tussen mijn diensten en de diensten van Justitie. Er is nu in een enveloppe voorzien voor Justitie, maar dan zal ook moeten bekeken worden over welk deel het gaat, want ik kan moeilijk alles betalen en de enveloppe daar laten. Het is dus allemaal niet zo simpel als het lijkt. Er zal daaraan zeker voortgewerkt worden. Vooralsnog gebeurt de betaling van de gerechtshouders nog steeds door Justitie.

18.07 Els Van Hoof (CD&V): Ik wil u danken, ondanks onze internationale reputatie inzake geïnterneerden, om daarmee echt heel sterk bezig te zijn.

La **présidente**: Le travail qu'il reste à effectuer nécessite d'être fait en commun avec les départements de la Justice et de la Santé.

18.08 Minister Maggie De Block: Ik heb binnen de asielopvang hetzelfde werk gedaan. Dat is wel mogelijk, maar het vergt natuurlijk een grote inspanning. Bij de penitentiaire instellingen is het natuurlijk nog veel diverser. Het is een probleem dat we al zeer lang meeslepen.

Le **président**: A suivre donc.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de wet rond de psychotherapie" (nr. 887)

- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de psychotherapie" (nr. 1280)

- de heer Richard Miller aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontbreken van een statuut voor seksuologen" (nr. 1294)

19 Questions jointes de

- Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exécution de la loi relative à la psychothérapie" (n° 887)

- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance de la psychothérapie" (n° 1280)

- M. Richard Miller à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence de statut pour les sexologues" (n° 1294)

19.01 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, ik zal het eerst in het algemeen hebben over de wet inzake psychotherapie. Het Parlement heeft op het einde van de vorige legislatuur het wetsontwerp tot regeling van de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg en tot wijziging van koninklijk besluit nr. 78

betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen goedgekeurd. De uitvoering van de wet die de erkenning van de psychotherapie regelt, zal via koninklijke besluiten en rondzendbrieven gebeuren. U hebt het zelf onlangs uitgebreid gehad over de geestelijke gezondheidszorg in uw beleidsverklaring. Het verder verfijnen van de wet zult u dus zeker genegen zijn.

Ik ben ervan overtuigd dat de wijziging die werd goedgekeurd, absoluut nodig was en een verbetering betekent, maar iedereen weet dat er in het werkveld grote vragen gerezen zijn, zowel over de opleidingen als over de mensen die actief zijn in die sector.

Ik wil de vragen die de betrokkenen ons voorgelegd hebben, aan u stellen, zodat ze weten waar zij op korte en iets langere termijn aan toe zijn. Vele details worden immers pas duidelijk in de uitvoeringsbesluiten en niet in de wettekst zelf.

Ten eerste, binnen welke termijn wil u de uitvoeringsbesluiten klaar hebben?

Ten tweede, hoe zult u de aanpassingen in de hervorming van koninklijk besluit nr. 78 inpassen? Zullen de regels inzake die discipline dan opnieuw gewijzigd worden?

Ten derde, hoe zal de verhouding tussen psychotherapeuten en psychologen er in de praktijk uitzien? Zullen er overgangsmatregelen komen, zodat de huidige psychologisch consulenten/psychotherapeuten zich aan de nieuwe regels kunnen conformeren?

Ten vierde, ziet u een taak voor de psychologisch consulenten in de eerste lijn? Zo ja, welke?

Ten vijfde en tot slot, komen er nog uitbreidingen in de nieuwe wet, bijvoorbeeld om ook seksuologen te erkennen? Dat is vandaag niet het geval, dus in de praktijk kan eender wie zeggen dat hij seksuoloog is. Dat is *not done*. Vandaar mijn vraag aan u hier werk van te maken.

19.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, nous avons abouti à des textes reconnaissant les psychologues cliniciens et les orthopédagogues comme des professionnels de la santé et les psychothérapeutes comme des professions libérales. Les évolutions risquent d'être différentes dans la concrétisation, en ce qui concerne l'accès ou non à des remboursements et l'accès pour des personnes qui en auraient besoin dans leur parcours de soins.

La première tâche qui vous incombe est la mise en place des organes consultatifs de déontologie, de contrôle et d'agrément (depuis le Conseil national jusqu'aux différentes commissions). Quel est le timing? Comment cette mise en place est-elle prévue? Comment les candidatures pour constituer ces organes sont-elles suscitées et comment leur sélection est-elle organisée? C'est un des premiers éléments de concrétisation de la loi. Je suppose que cela est déjà en cours.

Par ailleurs, les critères de compétences et de formations relatives aux psychologues cliniciens et aux orthopédagogues cliniciens sont relativement simples puisqu'il suffit de se référer aux masters existants. Pour les psychothérapeutes, les possibilités étant plus variées, des compétences et des critères vont devoir être définis par les commissions ad hoc. Pour être reconnu psychothérapeute, quelle que soit la formation de base, il y aura une formation spécifique complémentaire, même pour les psychologues cliniciens souhaitant être reconnus comme psychothérapeute.

Les choses se déroulent-elles bien ainsi? Est-il envisagé maintenant de travailler selon des timings différents pour les psychologues cliniciens et orthopédagogues désireux d'être reconnus comme psychothérapeutes et d'autres personnes ayant une autre formation de base dans les catégories de santé, de travail social et éducatif, comme défini dans la loi - pour leur permettre de commencer les formations complémentaires -, et pour ceux qui les ont déjà suivies?

19.03 Minister Maggie De Block: De wet zou midden 2016 van kracht worden. Ik heb hierover al heel wat vragen gekregen tijdens de bespreking van mijn beleidsnota. Ik begrijp het ongeduld, maar toch zullen we dat dossier stap voor stap moeten aanpakken.

Het verfijnen van de wet is een belangrijke doelstelling van de regering. Ik wens niet liever dan zo snel mogelijk met de uitvoering van de wet te starten. Er is echter nog wat onderzoek en overleg met het werkveld nodig.

L'objectif est toutefois de rendre le Conseil fédéral de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie clinique opérationnel au deuxième semestre 2015.

Cela suppose déjà plusieurs démarches. Il faut un arrêté déterminant les critères pour être désigné comme association professionnelle représentative. Il faut la désignation des associations professionnelles représentatives et l'arrêté de nomination ainsi que l'appel aux candidatures, etc.

La mise en place du Conseil fédéral de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie clinique est donc une priorité. Il pourra ainsi commencer à endosser les fonctions consultatives prévues dans la loi.

Zodra de Federale Raad geïnstalleerd is, kan hij beginnen met adviezen te geven, die nodig zijn voor de invulling van de wet op het terrein.

Ik laat, in nauw overleg met de betrokken stakeholders in de geestelijke gezondheidszorg en de op te richten Federale Raad voor de psychotherapie, ook onderzoeken of psychotherapie als gezondheidsberoep omschreven kan worden en welke de voorwaarden voor de uitoefening kunnen zijn.

Er zullen alleszins overgangsmodaliteiten ingesteld worden. Wij moeten wel eerst de adviezen van de Federale Raad voor de klinische psychologie en de klinische orthopedagogie afwachten, wat de criteria voor de beroepsuitoefening betreft. Voor een discussie over het uitoefenen van het beroep in de eerste lijn lijkt het mij nog wat vroeg. Ik zal daarvoor adviezen moeten inwinnen, maar zoals gezegd, is de prioriteit het oprichten van een Federale Raad voor de klinische psychologie en de klinische orthopedagogie.

In de lijn van de prioriteiten meen ik dat een uitbreiding naar de seksuologen vooralsnog voorbarig is, maar ik neem uw opmerking mee, mevrouw Detiège, dat om het even wie een bord "seksuoloog" op de voordeur kan hangen. Het lijkt mij goed om dat eens te laten onderzoeken, want dat kan gevaarlijke toestanden met zich meebrengen.

19.04 Maya Detiège (sp.a): Ik ben blij met uw antwoord, omdat u de wet wilt verfijnen. Wij zijn er een aantal weken, jaren zelfs, mee bezig geweest, om tot die tekst te komen. Ik herinner mij de inbreng van de heer Mayeur nog.

De **voorzitter**: Tien jaar is men ermee bezig geweest.

19.05 Maya Detiège (sp.a): Tientallen jaren zelfs. We zijn zover. Ik vind het dus enorm fijn dat u dat wilt doen en dat u daarvoor zelfs concrete data vooropstelt.

Het verheugt mij ook dat u nog overleg zult voeren met het werkveld. Dat is wel nodig. Zo zijn er ook nog heel technische vragen. Het is dus heel verstandig om de betrokkenen nog te raadplegen voor het opstellen van de uitvoeringsbesluiten. Ik wil zeker ook het advies geven om de seksuologen te horen, want zij zeggen dat het een soort opleiding is die bij de psychologie hoort. Blijkbaar heeft men vergeten hen mee in de wet op te nemen.

Mevrouw De Block, ik heb die informatie van betrokkenen. Het is voor u als bevoegd minister niet moeilijk om hen te horen en te onderzoeken wat er waar van is.

Ik geef het mee, omdat men er in het veld bezorgd over is. Meer kan ik niet doen; het is mijn taak om het te melden.

19.06 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Durant les dix années pendant lesquelles nous avons travaillé sur ce dossier, des textes relatifs aux sexologues ont été régulièrement présentés. En plus des cliniciens et des orthopédagogues, il a en effet été question de cette profession. Nous avons considéré que les psychologues cliniciens pouvaient davantage insister sur la sexologie au cours de leur formation, mais qu'il n'était pas nécessaire d'ajouter une rubrique dédiée aux sexologues. Ce n'est donc pas un oubli. Ils n'y figurent pas parce que nous avons estimé collectivement que cette catégorie n'était pas nécessaire à la législation que nous avons adoptée. *In fine*, on peut bien entendu approuver ou non ce choix.

Le Conseil fédéral des cliniciens et orthopédagogues pourrait être mis en place au second semestre de cette année. J'aimerais insister sur une priorité semblable, à savoir l'installation du Conseil fédéral de la psychothérapie. En effet, nous allons être rapidement confrontés à la demande d'intervention des

psychotherapeutes. Nous savons que la frontière n'est pas toujours nette entre un clinicien et un autre qui devient psychothérapeute. Grâce à la mise en place de cet organe, nous pourrions repérer les associations qui sont susceptibles d'encadrer les formations. Les hautes écoles et les universités doivent aussi développer des programmes de formation en psychothérapie complémentaire, de la même manière que d'autres centres reconnus et agréés. Disposer de ces outils prendra du temps. De la sorte, ceux qui rempliront les conditions pourront s'y plier.

Je pense qu'installer le Conseil fédéral des cliniciens et des orthopédagogues sera plus simple qu'instituer celui des psychothérapeutes, dans la mesure où ce champ est plus vaste.

Nous chargeons votre agenda, je suis d'accord! Mais nous sommes de tout cœur avec vous.

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

20 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vroedvrouwen" (nr. 888)

20 Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sages-femmes" (n° 888)

20.01 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over vroedvrouwen. Een aantal collega's stelden onlangs vragen over het verkorte verblijf in ziekenhuizen na een bevalling en de gevolgen hiervan voor iedereen op het terrein en meer in het bijzonder voor de vroedvrouwen.

Uit uw antwoorden van toen en uit de bespreking van uw beleidsnota heb ik een aantal zaken kunnen concluderen.

Zo is de besparing in 2015 volgens u puur administratief, met name het matchen van de factuur aan de effectieve ligduur. Er zal dus nog niet worden geknipt in de effectieve ligdagen bij een bevalling.

Voorts moet volgens u de haalbaarheid van het terugdringen van het aantal ligdagen blijkbaar nog via proefprojecten worden getest. Ook het Kenniscentrum bevestigt dit. Deze proefprojecten zullen dus in 2015 van start moeten gaan, want u bevestigt in uw beleidsnota dat u het effectieve aantal ligdagen wil inkorten.

Ik ga er dan van uit dat u hiermee in 2016 wil starten, omdat het in 2015 puur administratief is.

Er zal dus snel overleg met alle actoren moeten komen om de verschillende projecten uit te werken. Een belangrijke actor in de toekomst zal dus zeker de vroedvrouw zijn. Zij zullen nauw bij deze proefprojecten moeten worden betrokken.

Mevrouw de minister, hebt u het memorandum van de Belgian Midwives Association ontvangen en gelezen? Kunt u zich in hun memorandum vinden?

Zij hebben het aan mij helemaal toegelicht, want het is tamelijk uitgebreid. Men voelt dat zij nood hebben aan erkenning van hun job, niet alleen van de job zelf maar ook met betrekking tot de financiële kant ervan.

Er zijn vier soorten vroedvrouwen, maar er is geen differentiatie in de verloning. Vandaag verdienen zij 20 euro bruto per uur. Dat werk heel demotiverend. Ik ben heel benieuwd naar uw antwoord ter zake.

Zij zeggen dat de erkenning van de beroepstitel van verpleegkundige wel is opgenomen, maar die van vroedvrouwen niet. Dus opnieuw een vraag naar de erkenning.

Hoever staat u met het opstarten van de proefprojecten die het Kenniscentrum ook heeft aanbevolen? Wat is de tijdsplanning voor deze projecten? Is hiervoor in budgetten voorzien? Hebt u al een idee hoeveel vroedvrouwen er voor uw plannen nodig zullen zijn en zijn die er al? Wat is de raming van het budget dat nodig zal zijn voor de vroedvrouwen als uw plannen in werking treden?

20.02 Minister Maggie De Block: Ja, ik heb kennisgenomen van het memorandum van de Belgian Midwives Association. De vroedvrouwen moeten beter worden geïntegreerd in een multidisciplinair zorgnetwerk voor moeder en kind. Ik heb dat ook aangekondigd tijdens de besprekingen. De kwaliteit van de verstrekte zorg

en de opleiding van vroedvrouwen moeten gewaarborgd zijn.

Wat het opstarten van de proefprojecten betreft, zoals aanbevolen door het Kenniscentrum in de studie *Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery towards integrated postnatal care*, is het de bedoeling zorgnetwerken uit te bouwen die gebaseerd zijn op partnerships tussen het ziekenhuis en de eerste lijn. Ook dit veronderstelt een beslissing van de Interministeriële Conferentie. Als daar een akkoord bereikt wordt, zullen modellen voor de financiering van de multidisciplinaire thuiszorg na de bevalling bestudeerd en gefinancierd kunnen worden via artikel 56 van de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, of eventueel via een herverdeling van het budget van de ziekenhuizen.

Bovendien heeft het Kenniscentrum reeds een studie gepland over de *guideline* Postpartumzorg. Deze studie zal eind 2016 afgewerkt zijn.

Mijn administratie heeft bij het Kenniscentrum ook een onderzoeksvoorstel ingediend over de planning van het aanbod aan vroedvrouwen in België, over postnatale zorg in België en over het realiseren van een verkorte ziekenhuisopname in combinatie met een kwaliteitsvolle opvolging thuis door bekwame gezondheidszorgbeoefenaars. Dit sluit aan bij wat de Belgian Midwives Association vraagt in haar memorandum, namelijk in kaart brengen hoeveel vroedvrouwen er zijn en hoeveel er nodig zijn om zorg te verlenen mochten wij overschakelen op een ander systeem.

Het Kenniscentrum heeft positief gereageerd en heeft het voorstel opgenomen in de shortlist. In maart 2015 zal de raad van bestuur van het Kenniscentrum het definitieve studieprogramma voor 2015 bepalen. Het doel is een correct beeld te krijgen van het huidige aanbod aan vroedvrouwen: het aantal actieve vroedvrouwen, hun leeftijd, de sector waarin zij werken, of zij voltijds of halftijds tewerkgesteld worden, de geografische spreiding enzovoort.

Voorts zal worden nagegaan hoeveel vroedvrouwen nodig zijn indien de ligduur gereduceerd wordt en indien er in die situatie een kwaliteitsvolle opvolging door de vroedvrouw wordt gerealiseerd. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek zal bepaald kunnen worden hoeveel vroedvrouwen nodig zijn om vrouw en kind na de bevalling sneller en beter thuis op te vangen, en of er genoeg vroedvrouwen voorhanden zijn op de arbeidsmarkt.

Ik zal dus niet vooruitlopen op de vragen betreffende de nodige budgetten. U weet immers dat dit allemaal samenhangt: hoeveel, van welk type, welke andere eerstelijnszorg, hoe zullen ze netwerken enzovoort?

Zoals ik al heb gezegd, is het wel degelijk de bedoeling om de budgetten die wij minder zullen moeten besteden aan de ziekenhuizen dankzij de verminderde ligduur, te investeren in de thuiszorgnetwerken en de vroedvrouwen en -mannen.

In de studie van het Kenniscentrum wordt gesuggereerd dat het mogelijk is om te besparen en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Ik maak mij daarover niet veel illusies, wetende dat als men dat goed wil organiseren, met de nodige mannen en vrouwen op het terrein, dit ook een kostprijs zal hebben.

Het zal in elk geval een andere manier van bevallen zijn. Persoonlijk ben ik altijd voorstander geweest van poliklinisch bevallen, maar dat is nog een stap verder.

Hier gaan we toch wel terug naar de kerntaken van de vroedvrouwen, zijnde de pre- en postnatale verzorging.

20.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Aangezien u een aantal punten uit het memorandum naar voren schuift, zegt mijn buikgevoel dat u de functie van de vroedvrouwen en -mannen au sérieux neemt, wat belangrijk is, en dat u werk wil maken van de proefprojecten die u aanhaalt.

Ik zal u regelmatig ondervragen over de timing van dit alles. Dit is immers iets dat bij de bevolking leeft. Zij hebben enkel het signaal gekregen dat zij minder lang in het ziekenhuis mogen verblijven, maar vragen zich af hoe het dan zit met de kwaliteit van de opvolging. Daarop verwacht ik een antwoord van u op langere termijn.

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

21 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de noodzaak van een alcoholplan" (nr. 961)

21 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nécessité d'un plan alcool" (n° 961)

21.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, mijn vraag is gebaseerd op een nieuwe studie uitgebracht door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, begin december. Die studie toonde aan dat het alcoholverbruik bij jongeren tussen 15 en 24 jaar alarmerend hoog is. Twintig procent van de jonge mannen drinkt minstens een keer per week flink door en dat betekent zes glazen of meer. Bij de jonge vrouwen doet bijna 10 % dat. Er is dus duidelijk nood aan een globale aanpak van de alcoholproblematiek.

In het verleden zijn op de Interministeriële Conferentie stappen gezet voor een alcoholplan 2014-2018, maar dat plan werd jammer genoeg niet goedgekeurd. Nochtans staan er een heleboel nuttige actiepunten in. Ook de FOD Volksgezondheid organiseerde een conferentie "Aanbod alcohol en maatschappelijke gevolgen" in september 2014. Daar werd de vraag tot uitvoering van het alcoholplan herhaald. Over het belang van preventie, kwaliteitsvolle zorg en onderzoek is iedereen het eens. De vragen die wij moeten beantwoorden, gaan over de aanbodzijde. Mag alcohol worden verkocht tijdens de nacht, in automaten, langs autosnelwegen? Moet de reclame beperkt worden? Moet de prijs verhoogd worden? Kan alcohol vanaf 16 of 18 jaar?

Mevrouw de minister, welke initiatieven plant u op korte termijn om tegemoet te komen aan de vraag van de FOD om te komen tot een globale aanpak van de alcoholproblematiek?

Zult u bepaalde initiatieven uit het alcoholplan omzetten in wetgeving?

21.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, ik noteer dat het vandaag in de commissie al de derde vraag is naar een plan. Sociale Zaken en Volksgezondheid bestrijken samen een enorm domein en wij hebben een erg ambitieus regeringsproject om hervormingen door te voeren. Ik wil alleen waarschuwen dat ik daar niet per commissie ook nog drie plannen bovenop kan krijgen. Ik sta voor alles open, maar de *workload* voor de commissie en voor de administratie, die met minder personeel moet werken, is erg groot in die domeinen. Als ik in elke commissie dan ook nog vragen krijg over drie plannen, zullen we raar terechtkomen. Ik wil wel, mij niet gelaten, maar ik wil ook aangeven dat we moeten weten waar we mee bezig zijn.

Mevrouw Van Hoof, desalniettemin is uw vraag niet minder of meer terecht dan andere vragen. Er werd een alcoholplan uitgewerkt door de vorige regering, maar dat werd niet behouden door de regering, omdat er geen akkoord rond gevonden werd. Dat neemt niet weg dat de recente cijfers van de gezondheidsenquêtes inderdaad de nood aan een efficiënt alcoholbeleid benadrukken.

Of een dergelijk beleid al dan niet in een plan moet worden gegoten, is een andere vraag.

Het staat als een paal boven water dat alcohol schadelijke gevolgen voor de gezondheid heeft, net zoals sigaretten en roltabak, waarover wij daarstraks hebben gepraat.

Ik heb eerder hier in de commissie al verklaard dat wij in ons land vooral een globale alcoholstrategie moeten hebben.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een oproep aan de landen gedaan. Ik steun haar oproep.

Onze strategie moet aan bepaalde voorwaarden voldoen. Zij moet, ten eerste, globaal en geïntegreerd zijn. Dat betekent dat ook alle bevoegde ministers maatregelen moeten nemen, moeten samenwerken en hun beleid op elkaar moeten afstemmen.

Ten tweede, de strategie moet evenwichtig zijn. Dat betekent dat zij initiatieven met betrekking tot de vraag naar alcohol, zoals preventie, maar ook de zorg voor personen met een alcoholprobleem moet omvatten. Bovendien moet zij maatregelen naar voren schuiven betreffende het aanbod van alcohol. In de mate dat

dergelijke aanbodbeperkende maatregelen een vermindering van het schadelijk alcoholgebruik kunnen aantonen, ben ik bereid ook daarover het debat aan te gaan.

Ten derde, de strategie moet voldoende oog hebben voor risicosituaties, zoals alcohol in het verkeer, het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap en het gebruik van alcohol door jongeren, wat steeds meer voorkomt.

De Algemene Cel Drugsbeleid en de Interministeriële Conferentie Drugs zijn ideale overlegorganen om dergelijke thema's te bespreken. Ik zal dan ook vragen het alcoholprobleem *as such* te agenderen voor de eerstkomende vergadering van de Algemene Cel Drugsbeleid.

In antwoord op uw tweede vraag merk ik ook op dat binnen mijn bevoegdheden reeds enkele actiepunten uit het ontwerp van plan in beleidsacties zijn omgezet. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan de jaarlijkse analyse van de publieke uitgaven voor ons drugsbeleid, het implementeren van de Treatment Demand Indicator in alle ziekenhuizen, een evaluatie van het reclameconvenant en de implementatie van een liaisonfunctie inzake alcohol in enkele ziekenhuizen.

Er zijn dus al initiatieven gebeurd, afgezien van het feit dat het alcoholplan op politieke zandbanken is gestrand.

Het is zeer nuttig om de acties voort te zetten en, waar mogelijk en nodig, te intensifiëren.

Ik spreek voorlopig dus niet over een plan maar over een algemene strategie. Het voornaamste is dat er gewerkt wordt op dat vlak. Er is een zeer actieve Algemene Cel Drugsbeleid bij de administratie en ook de Interministeriële Conferentie Drugs heeft daarin een belangrijke rol.

21.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, alcohol is inderdaad een harddrug die maatschappelijk aanvaard is. Ik ben ook niet voor een plan, ik heb ook liever acties, iedereen zit zo in mekaar, maar het is wel van belang dat die acties er snel komen.

Ik ben zelf schepen van Horeca aan de langste toeg van België, namelijk in Leuven, en ik merk dat de horeca-uitbaters zelf genoeg hebben van comazuipen en bingedrinking. Zij hebben zelf een actieplan opgemaakt om meer respect te vragen en om jongeren te leren omgaan met alcohol. U hoeft er dus niet bang voor te zijn dat de horeca tegen zo'n plan zou zijn, want het loopt in bepaalde steden waar jongeren studeren, echt de spuigaten uit. Het is van belang dat er acties komen die effectief zijn op het terrein. U zult daarvoor hier de nodige steun vinden. Vergis u niet, ook de horeca-uitbaters zijn het beu om klanten te moeten oprapen op straat en om berecht te worden omdat ze alcohol geserveerd hebben aan minderjarigen, terwijl het niet opviel dat ze minderjarig waren. Het loopt echt de spuigaten uit ten gevolge van het misbruik van alcohol.

Ik steun u dus zeker in concrete en effectieve acties, die misschien af en toe ingrijpen op de markt. De markt is zelf vragende partij; dat kan ik getuigen als schepen van Handel en Horeca in Leuven, toch een echte horecastad.

La **présidente**: Cela touche plusieurs compétences fédérales, dont l'Économie et la Santé, mais également plusieurs niveaux de pouvoir. C'est là qu'il devient difficile d'agencer les différentes mesures.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 987 de M. Alain Mathot est reportée.

22 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "wachtlijsten in de kinderpsychiatrie" (nr. 991)

22 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les listes d'attente en pédopsychiatrie" (n° 991)

22.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb geen vraag over een plan. Ik heb een heel korte vraag over de wachtlijsten in de kinderpsychiatrie.

Dat is al een oud zeer. Elk jaar klagen er wel een aantal experts het probleem aan. Met de regelmaat van de klok is er ook een casus: in december, bijvoorbeeld, ging een vader in hongerstaking voor zijn zwaar autistische dochter Shauni. Er zijn zo nog wel casussen.

Mijn vraag is heel eenvoudig en heel kort. Hoe kunt u binnen de budgettaire krapte aan deze nood tegemoetkomen? Voorziet u in maatregelen om ervoor te zorgen dat kinderen die nood hebben aan psychiatrische opvang, niet in de kou blijven staan, evenmin als hun ouders?

22.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, het specifieke tekort voor kinderen en jongeren met psychische en psychiatrische problemen is een gegeven dat wij al lang meeslepen en waaraan ook terecht aandacht zal worden besteed tijdens de huidige legislatuur.

Ik zal meer bepaald de behoeften en zorgnoden voor kinderen, jongeren en hun context als uitgangspunt nemen. Dat ligt in de lijn van de gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in 2012.

Om de verklaring in beleid om te zetten, zal ik in de loop van 2015 een gids voorleggen ter goedkeuring aan de eerste Interministeriële Conferentie van dit voorjaar. De gids moet een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor de eerder vernoemde doelgroep mogelijk maken.

Zo wil ik een beleid naar voren schuiven dat integratie en continuïteit in de acties van alle zorgactoren nastreeft, dat snel en adequaat kan inspelen op de specifieke noden van een doelgroep, dat steeds is gericht op integratie of re-integratie en dat ook is gebaseerd op een subsidiariteitsprincipe dat het mogelijk moet maken dat jongeren en kinderen zolang mogelijk in hun eigen leefomgeving kunnen blijven. Dat laatste sluit residentiële opnames – kort- of langdurend – niet uit wanneer zij noodzakelijk blijken.

Dat beleid kan enkel succesvol worden gerealiseerd door een samenwerking op alle niveaus, federaal, gemeenschappelijk en gewestelijk. Daarom blijft de Interministeriële Conferentie hierin ook een belangrijke rol spelen.

Om toch al een eerste aanzet te geven om het nieuwe beleid te implementeren, heb ik een inspanning geleverd om nog dit jaar in het budget van financiële middelen voor ziekenhuizen een bedrag van 1,2 miljoen euro vrij te maken. Dat zal in de eerste helft van 2015 worden verdeeld over de tien provincies en Brussel, zodat daar een belangrijke uitbouw van coördinatiefuncties in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen van start kan gaan.

Wij zullen twaalf hooggeschoolden aanwerven, dit jaar nog, liefst voor de zomer. Die mensen zullen de coördinatie doen vanuit de ziekenhuizen die zich daar als referentie mee bezighouden. De bewustmaking van onze uitgangspunten en de integratie van alle partners zijn primair. Wij zullen dat dus op het veld direct implementeren.

De twaalf hooggeschoolden die wij daartoe aanwerven en die een coördinerende functie zullen bekleden, zullen natuurlijk vertrekken vanuit de reeds bestaande informatie. Er bestaan namelijk al verschillende initiatieven op het terrein, maar die zijn gefragmenteerd of zijn niet ondergebracht waar dat moet. Er is dan ook geen oplossing voor acute situaties. Sommigen denken dat een kind thuis dan beter af is, terwijl dat bijvoorbeeld helemaal niet meer werkbaar is omdat de ouders of andere mensen die voor de verzorging instaan, dat niet meer aankunnen.

Daarnaast zijn er dan nog de wachtlijsten, de moeilijkheid om iemand acuut te kunnen opnemen, met schrijnende situaties op het veld tot gevolg. Dat hebben wij allemaal al zeventienhonderdduizend keer gelezen. Wanneer nu mensen met een coördinerende functie weten wat er bestaat op het terrein, kunnen zij ervoor zorgen dat de juiste mensen op de juiste plaats terechtkomen. Soms horen we dat een kind op een bepaalde plaats niet terecht kan omdat het daar volzet is. Het kind kan dan eventueel naar een andere plaats, maar dat is dan misschien weer niet de meest geschikte. Daarnaast worden er soms dubbele diagnoses gesteld, waarop we straks nog terugkomen.

Wij willen dus een eerste aanzet doen, direct bottom-up op het terrein. Als wij de mensen direct in het water laten, dan moeten zij zwemmen en ervoor zorgen dat zij er allemaal geraken.

22.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dat ziet er in ieder geval een heel mooie proeftuin

uit.

Als u spreekt over een gids die u aan de Interministeriële Conferentie wilt voorleggen, bedoelt u dan een soort van *roadmap*, een handleiding, of wat bedoelt u meer precies met een gids?

22.04 Minister **Maggie De Block**: (...) hoe wij een integratie en een continuïteit tussen de verschillende zorgactoren kunnen realiseren.

22.05 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Goed, dank u wel.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Vercamer a demandé la transformation de sa question n° 993 en question écrite. Mme Fonck a demandé le report de ses questions n° 1015 et n° 1020.

23 **Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé relatif aux incidences possibles pour la santé de l'exposition aux champs électromagnétiques de radiofréquence provenant de la téléphonie mobile" (n° 1021)**

23 **Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad betreffende de mogelijke gezondheidsgevolgen van de blootstelling aan radiofrequente elektromagnetische velden van mobiele telefonie" (nr. 1021)**

23.01 **Véronique Caprasse** (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, je commencerai par une petite note d'humour. J'ai devant moi un pictogramme "gsm interdit". Les temps ont bien changé!

Madame la ministre, au cours de la précédente législature, le parti que je représente était déjà intervenu dans cette assemblée sur cette problématique qui risque d'ailleurs de rebondir encore dans les années futures, vu l'évolution de la technologie.

En termes d'incidences pathologiques (effets génétiques, système hémato-encéphalique, affections neurologiques, système immunitaire, développement de cancers, etc.), le Conseil Supérieur de la Santé considère que l'exposition aux champs électromagnétiques de radiofréquence, de manière générale, ne montre pas d'influence néfaste pour la santé, sauf à des niveaux d'exposition thermique (augmentation de température lorsque l'on téléphone avec l'appareil à l'oreille pendant plus de 20 minutes).

En tout état de cause, le Conseil n'émet pas de réponse définitive au sujet des niveaux d'exposition susceptibles de provoquer les affections pathologiques précitées et considère que l'incertitude demeure encore à ce stade en termes d'effets non thermiques potentiels à des niveaux d'exposition inférieurs à ceux où le réchauffement joue un rôle.

En revanche, le Conseil, très clairement, et c'était déjà le cas dans des avis précédents, se montre plus réservé quant aux risques particuliers encourus par les enfants et adolescents en relation avec l'exposition des champs magnétiques cités, des systèmes de communication sans fil et recommande l'application du principe de précaution.

Je cite un extrait, page 23 du rapport 8927 du Conseil Supérieur de la Santé: "L'application du principe de précaution peut être utile afin de ne pas freiner inutilement les progrès technologiques mais également pour veiller à ce que ce développement ne mette pas en danger la santé publique de manière irréversible."

Le Conseil recommande également, en cas d'augmentation d'installations émettrices pour téléphonie mobile, de toujours comparer les valeurs calculées et les valeurs pratiques afin de prévenir la mise en place inutile de stations de base, plus particulièrement en milieu urbain.

En conséquence, madame la ministre, pouvez-vous me faire savoir si ces services ont déjà procédé à une première analyse de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé? Dans l'affirmative, quelles en sont les premières conclusions? La brochure *Téléphonie mobile et santé* éditée par votre administration sera-t-elle actualisée et dans quel sens? Des contacts sont-ils prévus avec les Communautés qui disposent de larges compétences en matière de médecine préventive afin de coordonner des actions? Une concertation ou une action commune est-elle envisagée au niveau de l'Union européenne? Enfin, au plan des installations

émettrices, des démarches seront-elles entreprises auprès des opérateurs afin de les sensibiliser aux risques potentiels?

23.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chère collègue, mon administration a tiré ses premières conclusions concernant le nouvel avis du Conseil Supérieur de la Santé relatif au danger des ondes électromagnétiques. Cet avis qui se focalise sur la nouvelle technologie de téléphonie mobile 4G est adressé en premier lieu aux autorités régionales chargées des normes pour les antennes émettrices.

Depuis 2009, la compétence est confiée aux Régions non seulement pour ce qui concerne l'aménagement du territoire, mais aussi pour ce qui concerne les normes d'exposition de la population.

À cet égard, la Commission recommande d'éliminer rapidement les anciennes technologies de téléphonie mobile afin de diminuer l'exposition de la population.

Le Conseil Supérieur de la Santé a effectué, dans le même temps, une actualisation, dans le cadre d'un plan global de bilan, des études scientifiques sur l'influence du rayonnement des radiofréquences sur la santé et a confirmé ses recommandations antérieures, notamment sur l'utilisation de téléphones mobiles.

Dès lors, l'adaptation des brochures rédigées par mon administration au sujet des champs électromagnétiques et de la santé ne s'impose pas actuellement.

En fait, l'avis porte sur plusieurs compétences: le fédéral pour ce qui concerne la politique des produits, les Régions pour ce qui concerne les antennes émettrices, les Communautés pour ce qui concerne l'éducation à la santé, notamment pour ce qui a trait à la partie liée aux changements de comportement.

Étant donné que la réalisation des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé ne porte pas sur le même axe, une coordination ne me semble pas nécessaire.

La publication de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé scientifiquement justifié et clarifiant certains aspects techniques du point de vue de la santé mérite, selon moi, d'être communiquée à la communauté européenne et internationale, ce que mon administration fera, à la première occasion, lors de ses échanges avec l'Organisation mondiale de la Santé et la Commission européenne.

23.03 Véronique Caprasse (FDF): Madame la ministre, merci pour vos explications. Je me réjouis de ce que cette problématique suscite dans votre chef un grand intérêt. En conclusion, ce problème est très interpellant par rapport à nos enfants. Même si tout est partagé entre les différentes entités, j'estime vraiment important que vous soyez attentive à ce problème de santé essentiel pour nos enfants et pour les générations futures. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

24 Question de M. Gilles Foret à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'opportunité d'une meilleure sensibilisation du monde médico-social à la problématique des mutilations génitales féminines (MGF) pour une lutte plus efficace contre ce phénomène en Belgique" (n° 1043)

24 Vraag van de heer Gilles Foret aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een betere bewustmaking van de medisch-sociale actoren omtrent de problematiek van vrouwelijke genitale verminking (VGV) om dat fenomeen beter te kunnen bestrijden in België" (nr. 1043)

24.01 Gilles Foret (MR): Madame la présidente, madame la ministre, au mois de décembre 2014, j'ai eu l'occasion d'organiser, avec Les Femmes Réformatrices, une conférence sur les mutilations génétiques féminines (MGF). Les chiffres évoqués par une association que nous avons conviée ainsi que par une personne qui avait subi de telles mutilations sont des plus inquiétants. En effet, plus de 125 millions de filles et de femmes ont subi une excision, tandis que près de trente millions d'autres filles risquent d'en être victimes au cours des prochaines années. S'agissant de la Belgique, une étude récente commandée par le SPF Santé publique a estimé qu'en 2012, plus de 13 000 femmes avaient été excisées. Depuis, les chiffres ont doublé. Voilà une bien triste évolution.

Les associations prônent des campagnes de sensibilisation et d'information auprès des communautés à

risque. Elles essayent aussi de sensibiliser le monde professionnel. J'ai d'ailleurs eu l'occasion d'interroger votre collègue de la Justice à cet égard. Je souhaitais vous poser les mêmes questions aujourd'hui, mais sur le plan de la santé publique. Il s'agit de voir comment les professionnels du monde médico-social pourraient jouer un rôle crucial dans la prévention du phénomène des MGF. Afin d'endiguer celui-ci et, surtout, d'améliorer la détection des mutilations génitales féminines, comment comptez-vous sensibiliser le public? Allez-vous désigner des personnes de référence au sein du milieu médico-social? Je sais que les entités fédérées ont lancé de nouvelles campagnes de sensibilisation, mais le fédéral pourrait continuer à œuvrer dans ce sens. Il serait également judicieux d'inclure cette thématique dans le cursus des sages-femmes.

Je pense que mes questions cadrent avec l'ambition du gouvernement et de tous les parlementaires, consistant à promouvoir l'universalité des Droits de l'Homme – avec un H majuscule, bien évidemment – et ceux des femmes, par voie de conséquence.

24.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Foret, conformément au Plan d'action national de lutte contre la violence entre partenaires et d'autres formes de violences intrafamiliales 2010-2014, approuvé par la conférence interministérielle Intégration dans la société du 23 novembre 2010, le SPF Santé publique doit assurer un enregistrement des faits de mutilations génitales féminines par les professionnels confrontés à la problématique: enregistrement de routine des cas dépistés auprès des médecins, des gynécologues, des pédiatres, des sages-femmes.

Au niveau de la santé publique en Belgique, les maternités des hôpitaux ont été sensibilisées en 2010-2011 à la problématique des mutilations génitales féminines. Cette sensibilisation s'est faite via un prospectus d'information adressé aux médecins et sages-femmes des maternités. Ce prospectus conçu par le Groupe d'abolition des mutilations sexuelles (GAMS) proposait la possibilité aux membres du personnel concerné de suivre une formation. Ce projet a été commandité par le SPF Santé publique.

Des séances d'information et de formation à l'égard des catégories professionnelles concernées (infirmières, sages-femmes, gynécologues) dans un échantillon d'hôpitaux ont donc été organisées ces dernières années, le but étant, en effet, de disposer de personnes différentes dans les hôpitaux qui pourraient jouer le rôle de personnes relais sur la problématique des mutilations génitales féminines.

Ce projet devrait aussi être poursuivi dans les prochaines années en l'étendant à d'autres hôpitaux mais aussi en tenant compte des restrictions budgétaires.

Concernant la possibilité d'inclure une formation dans le cursus de base, j'aimerais attirer l'attention sur le fait que ceci relève de la compétence de l'enseignement supérieur, qui est actuellement une matière communautaire.

J'ajoute que lorsque j'étais secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, nous avons également sensibilisé les centres d'accueil, qui sont en première ligne, les médecins, les personnes de confiance, le personnel. À cet égard, nous avons travaillé avec le GAMS et cette collaboration continue.

Il faut dire qu'il existe un important flux migratoire. On constate que des personnes qui ont été protégées ici et qui ont obtenu le statut de réfugiée en raison de faits qui se sont passés dans leur pays d'origine subissent une pression sociale vraiment forte qui empêche parfois d'éviter qu'elles soient victimes de ces actes; c'est le cas même pour leurs enfants.

24.03 Gilles Foret (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je sais que nous avons fait beaucoup d'efforts. Dans le cadre du nouveau plan national en matière de lutte contre les violences entre partenaires, je ne doute pas que ce phénomène constituera une priorité. J'espère que les entités fédérées et le fédéral pourront travailler de manière multidisciplinaire dans la même direction. Je ne doute pas que vous y serez sensible.

Nous aurons l'occasion d'y revenir à l'occasion de campagnes de sensibilisation. Je pense notamment aux aéroports car on peut alors sensibiliser des personnes qui retournent dans leur pays d'origine et qui pourraient subir des mutilations génitales. Il est important de lutter contre ce tabou et d'améliorer la détection et la prévention. Le ministre de la Justice rappelait qu'il n'y avait encore eu aucune condamnation en la matière. C'est interpellant car ce phénomène est tabou et non détectable. Il faut pouvoir lutter à différents niveaux de pouvoir et dans différentes disciplines.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

25 Questions jointes de

- Mme Sybille de Coster-Bauchau à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique des quotas de numéros INAMI" (n° 1070)
- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les numéros INAMI" (n° 1264)
- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les numéros INAMI" (n° 1303)

25 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Sybille de Coster-Bauchau aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problematiek van de RIZIV-nummerquota" (nr. 1070)
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de RIZIV-nummers" (nr. 1264)
- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de RIZIV-nummers" (nr. 1303)

25.01 Sybille de Coster-Bauchau (MR): Madame la ministre, à l'issue de votre réunion avec le ministre Marcourt au mois de décembre, c'est évidemment avec plaisir et soulagement pour l'ensemble des étudiants en dernière année de médecine et de dentisterie concernés que nous avons appris votre volonté de leur délivrer un numéro INAMI à l'issue de cette année académique. Vous avez assorti cette décision d'une exigence. À savoir que le gouvernement de la Communauté française porterait un "geste fort" afin qu'une telle mesure ne soit plus nécessaire à l'avenir. Le ministre de l'Enseignement supérieur Marcourt vous a, de son côté, assuré qu'il examinerait toutes les solutions possibles.

S'est-il engagé fermement en ce sens? Dans le cas contraire, si ses initiatives ne correspondent pas à vos attentes, qu'allez-vous entreprendre pour cette année-ci et les suivantes?

Pas plus tard qu'hier, j'ai entendu le ministre déclarer qu'il proposerait un examen d'entrée. Or le recteur d'une université francophone a répondu qu'il ne le souhaitait pas. Nous voyons que ce choix ne fait pas l'unanimité dans le monde universitaire. J'aurais souhaité vous entendre à ce sujet.

Ensuite, le ministre avait posé comme condition l'ouverture d'un cadastre complet émanant du gouvernement fédéral. Pouvez-vous me dire ce qu'il en est? Les étudiants en médecine et en dentisterie suivent ce dossier avec énormément d'intérêt.

Enfin, pourriez-vous modifier le quota de numéros d'INAMI en fonction du cadastre complet que vous allez recevoir prochainement ou bien envisagez-vous d'autres mesures?

25.02 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, het is al wat laat op de avond voor het dossier dat ik wens aan te kaarten, maar ik vrees dat wij hier nog vaak tot laat in de avond zullen vergaderen over dat dossier.

Ik wil mij grotendeels aansluiten bij mijn collega die net haar vragen heeft gesteld. Op 8 januari las ik een artikel in *La Libre*, waaruit min of meer bleek dat Marcourt uw boodschap wel begrepen had, althans dat hij iets moest ondernemen. Alleen weet ik niet of hij echt begrepen heeft dat de instroom structureel aangepakt moet worden en ook vanaf het begin. Hij spreekt over een overleg met de studenten en de verschillende actoren uit de sector, dus ook de universiteiten. Zoals mijn collega terecht opmerkte, is er nu ook al een communicatie van de Naamse universiteit, die het niet ziet zitten dat er een ingangsexamen wordt afgenomen vóór het eerste jaar. De Naamse universiteit denkt dus veeleer aan een filter na het eerste jaar, als het dan echt moet.

U stelt duidelijk en terecht dat in 2015 al een pak minder studenten aan de opleiding zal moeten beginnen, omdat wij het probleem anders telkens voor ons uitschuiven en daar zit niemand op te wachten. Ook de nationale raad van de Orde van geneesheren adviseert een veralgemening van het toelatingsexamen en geen selectie in de loop van de studies.

Dat onze fractie twijfelt aan de bereidwilligheid van minister Marcourt, is volgens mij geen geheim. Daarom

blijf ik dat dossier van dichtbij volgen en blijf ik u bestoken met vragen, mevrouw de minister. Mijn excuses daarvoor, maar ik heb dus toch weer enkele vragen voor u, omdat ik een en ander duidelijk wil horen van u.

Mevrouw de minister, indien geopteerd wordt voor een filter in de loop van of op het einde van het eerste academiejaar, kan dat dan voor u op een of andere manier als oplossing volstaan? Wat is, met andere woorden, het exacte kader waarin die filter uitgewerkt kan worden en waaraan zal die worden afgetoetst?

Mijn tweede vraag heb ik in de plenaire vergadering al eens aangehaald. Indien minister Marcourt blijft weigeren om een volwaardig toelatingsexamen in te voeren, welke gevolgen zal dat dan precies hebben? Wat zult u ondernemen? Zullen we dan ook echt een stok achter de deur hebben?

25.03 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, chers collègues, les étudiants qui termineront leurs études d'ici 2020 inclus ont actuellement entamé leurs études d'une durée de six ou sept ans.

Le surnombre d'étudiants qui sortiront de leur promotion dans les années à venir et jusqu'en 2020 concerne surtout les universités francophones. Il est tel que j'ai plus que jamais la conviction qu'il faut prendre dès à présent et avec effet immédiat des mesures afin que cela ne se reproduise plus à partir de 2021. Autrement dit, il faut que le nombre d'étudiants qui entameront en 2015 des études de médecine soit maîtrisé de façon correcte et conformément aux prévisions des besoins en main-d'œuvre médicale.

Il appartient aux Communautés de déterminer de quelle façon elles souhaitent satisfaire à cette condition et aussi de convaincre tout un chacun de l'effectivité et de l'efficacité de la méthode qu'elles proposent.

Ik laat dus enige vrijheid aan minister Marcourt. Hij is daarvoor bevoegd en hij is een overleggronde aan het doen. Ik vind het positief dat er al reacties zijn op het terrein, want reactie betekent dat er actie is.

Ik heb inderdaad als beste oplossing voorgesteld om het aantal leerlingen in september te kiezen. Wij zullen zien met wat hij voor de pinnen komt.

De oppuntstelling van het dynamisch kadaster en de werkzaamheden die dan moeten worden ondernomen door de Planningscommissie, die ondertussen ook nog moet worden vernieuwd, maken dat het sowieso te kort dag is om de quota voor het jaar 2021 in een eerstvolgende tijd al op basis van een nieuw kadaster op te leveren. Het dynamisch kadaster zal er maar zijn midden 2015. Dat is te laat voor de quota. Het betreft immers een hels werk. Dat werd duidelijk gecommuniceerd aan de gefedereerde entiteiten.

De Planningscommissie zal de handen vol hebben met het bepalen van de nieuwe quota voor de daaropvolgende jaren aan de hand van de gegevens van het dynamisch kadaster. Mogelijk kan er nog een herberekening worden gedaan voor het jaar 2021. Dat is echter zeer optimistisch qua timing.

Een herberekening voor de jaren waarvoor de quota reeds geruime tijd vastliggen, met andere woorden de jaren tot en met 2020, komt mij niet als haalbaar noch als wenselijk voor, omdat de leerlingen al allemaal bezig zijn met de studies. Men kan nu niet opeens zeggen dat iemand, bijvoorbeeld na twee jaar geneeskunde, niet meer mag voortstuderen. Dat lijkt mij niet zo'n aangenaam nieuws om als student of als ouder/sponsor te vernemen.

C'est une situation vraiment désagréable pour les étudiants de dernière année à laquelle j'ai tenté de trouver une solution durant ces derniers mois, même s'il s'agit d'une problématique dont l'origine ne se situe pas au niveau fédéral.

Het is al herhaaldelijk aangestipt dat de oorsprong van het probleem niet aan federale maatregelen te wijten is. Het komt door het gebrek aan maatregelen in de Franstalige Gemeenschap.

J'ai demandé à ce que cela ne se reproduise pas. Si, au début de l'année académique 2015-2016, des mesures suffisamment convaincantes, effectives et efficaces pour réguler considérablement le flux étudiant font défaut, cela hypothéquera certainement la mise en œuvre des mesures que j'ai prises.

Ces mesures doivent résoudre le problème de surnombre d'étudiants en médecine apparu dans les années précédentes et se poursuivant dans les années à venir qui termineront leurs études d'ici 2020.

J'évoque ici plus précisément la prolongation d'une période supplémentaire de huit ans dans le cadre de la

procédure dite de "lissage". Soyons clairs: ne pas prolonger cette période aurait de lourdes conséquences pour les étudiants censés achever leurs études dans les années 2016 à 2020.

Hoe groter men het overtal laat worden, hoe meer consequenties dat zal hebben.

Ik heb dit jaar een denkspoor voorgesteld die mij redelijk leek, en die rekening hield met het overtal dat werd geproduceerd en dat moet worden gecompenseerd. Ik heb daaraan voorwaarden gekoppeld.

Als bij het begin van het volgende academiejaar blijkt dat aan die voorwaarden niet werd voldaan, dan neemt men in de Waalse Gemeenschap andermaal een enorme verantwoordelijkheid en dan zal dat daar moeten worden opgelost. Ik zal daarvoor echter geen poot uitsteken.

Ik heb dat reeds herhaaldelijk gezegd en ik blijf het ook zeggen. De oplossing zal op dat moment daar moeten worden gevonden, zo niet zal de catastrofe daar compleet zijn. Er zullen dan minstens gedurende één, twee of zelfs drie jaar geen Franstalige studenten Geneeskunde kunnen afstuderen. Dat is de consequentie voor iedereen die kan lezen en horen. Dat lijkt mij voor iedereen duidelijk.

Ik meen dat het nogmaals mag worden gezegd en ik zal het ook blijven herhalen. Ik ben bereid een compromis te bereiken, maar dat veronderstelt dat het compromis door beide partijen wordt gehonoreerd.

25.04 Sybille de Coster-Bauchau (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Comme d'habitude, c'est clair, net et précis, ce que j'apprécie. J'espère que la Communauté française va vous entendre. J'y ai siégé pendant cinq ans et j'ai fait partie de la commission de l'Enseignement supérieur. Nous avons martelé au ministre Marcourt qu'il fallait prendre des décisions. Elles n'ont pas été prises. Mais, in fine, ce sont les étudiants et leurs parents qui sont pris en otage par des décisions irresponsables.

Je trouve que vous avez fait un pas important pour que ces étudiants et leurs parents ne soient pas prisonniers et ne se retrouvent après autant d'études sans diplôme de médecin. Mais au niveau de la communication, ce n'est pas très clair pour les étudiants, leurs parents et pour les universités. Je pense qu'il faudra encore marteler cette position pour qu'il ne faille pas prendre de décisions difficiles plus tard.

25.05 Maggie De Block, ministre: J'ai reçu successivement les étudiants, les doyens des deux côtés et les syndicats de médecins. Après le compromis, ils ont été reçus chez moi. Il n'y a pas de doute sur le fait qu'ils ont bien compris. Mais la responsabilité, qui est immense, reste aux entités fédérées francophones. Il n'y a pas de doute. Comme vous le dites, c'est clair et correct. Et c'est à prendre ou à laisser. Mais c'est une responsabilité immense.

25.06 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord. Wij vallen misschien in herhaling, maar ik denk dat ik u dat in de toekomst nog een paar keer even duidelijk zal laten zeggen. Blijkbaar is dat toch noodzakelijk. Men voelt immers dat die boodschap aan de andere zijde van de taalgrens nog steeds niet altijd duidelijk is overgekomen. Daarin volg ik mijn collega, die deze opmerking ook heeft gemaakt.

Ik ben blij te horen dat u de verantwoordelijkheid blijft leggen waar ze ligt.

U laat enige vrijheid in de manier waarop men de oplossing uitwerkt. Dat is ook logisch, maar ik heb in de *Artsenkrant* gelezen dat u wel de duidelijke voorwaarde stelt dat de maatregel moet worden toegepast aan het begin van het academiejaar en niet op het einde. Ik zie u knikken. Dat vind ik toch een belangrijke nuance, die ik nog even wou belichten.

25.07 Minister Maggie De Block: Dat is in het belang van de studenten. Als men in het midden van het academiejaar een maatregel neemt, die effect sorteert, zal misschien slechts een derde of de helft verder kunnen doen. Dan zijn al de andere studenten hun credits kwijt. Dan moeten zij zich heroriënteren. Waar kunnen zij dan nog terecht? Zij zijn een heel academiejaar kwijt. Dat wil ik niet riskeren. Dat is in het belang van de studenten en de ouders.

Met het BaMa-stelsel zitten sommige studenten drie, vier of vijf jaar aan de universiteit en zij geraken niet aan een bachelor, omdat zij onderweg te veel punten verliezen. Dat is iets nieuws, waarmee studenten en ook ouders moeten leren leven. Als men vier of vijf jaar in een student investeert, wil men toch ook een diploma zien.

Zij zijn hun credits dan kwijt, wat de regeling ook is. Het BaMa-stelsel is een Europees systeem. Als men niet slaagt in een richting, is men zijn credits kwijt.

25.08 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, wij volgen uw compromisvoorstel om de stage een tijd langer toe te laten. Men werkt dan met een soort van afbetaling. Wij blijven u daarbij steunen. Dat is niet alleen in het voordeel van alle studenten, aan beide zijden van de taalgrens, zoals u terecht zegt. Ook belangrijk is dat dit ten voordele van de kwaliteit van de zorg is.

Wij blijven de problematiek samen met u opvolgen, mevrouw de minister.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

26 Question de Mme Gwenaëlle Grovonius à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'amélioration de l'information concernant l'IVG sur le site du SPF Santé publique" (n° 1105)

26 Vraag van mevrouw Gwenaëlle Grovonius aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "betere voorlichting over abortus op de website van de FOD Volksgezondheid" (nr. 1105)

26.01 Gwenaëlle Grovonius (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le 5 décembre 2014, le centre de planning familial namurois Willy Peers a organisé une rencontre à l'occasion du trentième anniversaire de la mort du célèbre médecin. C'était l'occasion pour la Fédération des centres de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes de rappeler l'importance du combat mené par cet homme pour la liberté des femmes à disposer de leur corps. C'était également l'occasion pour les acteurs de terrain de faire part de leurs constats, remarques et suggestions afin d'améliorer leur travail au quotidien.

Dans ce cadre, un élément relevant de votre département a été soulevé: l'absence d'informations relatives à l'IVG sur le site du SPF Santé publique. J'ai moi-même visité ce site et j'ai pu constater cette lacune.

Madame la ministre, pourquoi aucune information relative à cette thématique n'est-elle présentée sur le site? Nous savons qu'internet est aujourd'hui une source importante d'informations pour les citoyens et les professionnels. Il est donc essentiel qu'un site sérieux et aussi bien référencé que celui du SPF puisse offrir au moins un renvoi vers des sites spécialisés comme ceux des différentes fédérations de centres de planning familial ou vers une plate-forme telle que *loveattitude.be*. Pensez-vous qu'une amélioration pourrait être apportée à ce site? Dans la négative, pourquoi? Si oui, comment pourriez-vous intégrer ces informations, par exemple par de nouveaux contenus sur le site ou des liens vers d'autres sources existantes?

Il est important que l'information puisse être donnée car cela peut rassurer les femmes concernées et leur permettre de pouvoir décider en connaissance de cause et de choisir en toute autonomie. C'est dans cette optique que la Fédération des centres de planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes a lancé en avril dernier un site d'information clair et fiable sur l'avortement, *jeveuxavorter.be*. Ce site fournit des informations pratiques: les lieux où avorter, le coût d'un avortement, les différentes méthodes ainsi qu'une rubrique qui est spécifiquement dédiée aux professionnels et qui reprend des informations légales, des liens et des publications. On pourrait peut-être envisager un lien vers ce site.

26.02 Maggie De Block, ministre: Madame Grovonius, il est inexact de dire que le site du SPF Santé publique ne contient pas d'information sur le sujet! En effet, la loi du 13 août 1990 crée une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse sous l'autorité du parlement. Mais le SPF Santé publique a été désigné par cette loi pour assurer le secrétariat de cette commission. De ce fait, les documents concernant cette commission se trouvent bien sur le site du SPF Santé publique, dont je vais vous donner l'adresse.

Il est par contre exact de dire que l'information mise à disposition reste relativement formelle. Elle concerne la législation en vigueur, les obligations qui portent sur les prestataires de soins et les rapports bisannuels présentés au parlement en exécution de la loi du 13 août 1990.

Toutefois, la commission étant placée sous l'autorité du parlement, elle doit lui faire rapport tous les deux ans concernant en particulier les données statistiques, les rapports annuels établis par les institutions qui pratiquent les interventions et une synthèse des renseignements que les services d'information de ces

institutions ont transmis à la commission.

La commission peut également formuler des recommandations pouvant modifier la législation en vue de diminuer le nombre d'interruptions de grossesse et/ou d'améliorer la guidance et l'accueil des femmes en situation de détresse. Le parlement est chargé d'organiser un débat autour des recommandations émises.

Ce débat pourrait donc être l'occasion, pour le parlement, d'émettre d'éventuelles demandes complémentaires à l'égard de la commission, notamment en termes d'informations à diffuser sur le site internet du SPF Santé publique à l'attention des citoyens et citoyennes.

Je peux vous indiquer où trouver l'information.

26.03 Gwenaëlle Grovonius (PS): Madame la ministre, il est vrai que lorsqu'on tape le mot "avortement" sur le site, on trouve les rapports mais on ne dispose pas d'informations plus précises. Si une femme se trouve dans une situation difficile, si elle se pose des questions, cherche une information sur un centre de planning familial, etc., elle ne peut pas la trouver sur ce site.

Or ce site est extrêmement bien référencé. Selon toute vraisemblance, il est aussi un gage de sérieux. Il me semblerait donc opportun d'y trouver ces informations. Sous quelle forme? Des liens ou une information spécifique traitée? J'entends qu'on peut en discuter mais je ne comprends pas pourquoi vous ne pouvez en prendre l'initiative et pourquoi il faut débattre de cette question.

Je suis donc navrée que vous ne puissiez pas, en tant que ministre, considérer que cet élément est suffisamment important pour prendre l'initiative d'avancer sur cette question et de mettre l'information sur le site.

26.04 Maggie De Block, ministre: Madame, ce n'est pas à moi de décider, mais je peux m'informer.

La **présidente:** Et peut-être revenir? Il existe une différence entre renseigner sur les différents lieux où il est possible d'avorter et publier des liens sur des organisations spécifiques. Si l'on en note une, il faut toutes les noter (les plannings, les hôpitaux, le médecin, etc.). À voir comment réagir.

Madame, il serait donc préférable de revenir poser votre question et de laisser à la ministre le temps de prendre ses renseignements pour indiquer ce qu'elle peut faire ou suggérer de faire.

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

27 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's van zonnebanken" (nr. 1130)

27 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques de santé liés à l'utilisation de bancs solaires" (n° 1130)

27.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het is een zonnig onderwerp maar geen opbeurend onderwerp. Sinds 1 januari 2015 zijn in Australië zonnebankcentra verboden. Daarmee is het na Brazilië het tweede land ter wereld dat zonnebanken verbiedt. Aanleiding zijn de torenhoge cijfers voor huidkanker in het land: twee op drie Australiërs wordt voor zijn zeventigste geconfronteerd met de ziekte.

Ook in België neemt het aantal gevallen toe, wij hebben er 143 op jaarbasis ten gevolge van zonnebankcentra. In België ijvert de Stichting tegen Kanker reeds een paar jaar voor strengere controles en naleving van de wetgeving rond het gebruik van zonnebanken. Ook in ons land stijgt het aantal nieuwe gevallen van huidkanker elk jaar meer en meer. Internationale studies tonen aan dat er een duidelijk verband is tussen huidkanker en het gebruik van zonnebanken.

Cijfers van de FOD schetsen ook dat op 94 gecontroleerde centra slechts 7,5 % in orde was. Er zijn vierduizend zonnebankcentra in België; die kunnen allemaal niet bezocht worden. Maatregelen dringen zich dus op, want zonnebanken zijn sowieso ongezond, er bestaat geen gezonde zonnebank.

Vindt u dat het publiek voldoende geïnformeerd is over de risico's van een bezoek aan de zonnebank? Er

bestaat een folder van de FOD die de tien geboden voor een zonnecultus meegeeft, maar eigenlijk moet men zeggen dat het ongezond is, of er nu tien geboden zijn of niet: het is ongezond.

Kunt u met cijfers staven dat er een oorzakelijk verband is tussen huidkanker en het gebruik van zonnebanken?

Acht u het nuttig om in samenspraak met de gemeenschapsministers acties te ondernemen om het gebruik van zonnebanken af te raden? Zult u extra campagnes of acties hieromtrent opzetten?

Hoe staat u tegenover de vraag van de Stichting tegen Kanker voor een verplichte registratie? Een betere controle zou reeds een begin zijn, vermits men nu bij de kapper of het fitnesscentrum ook zonnebanken terugvindt. Hoe staat u tegenover meer en strengere controles op de naleving van de wet en een verbod op misleidende reclame?

27.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Hoof, het verband tussen zonnebanken en zonneblootstelling in het algemeen, enerzijds, en huidkanker, anderzijds, is effectief duidelijk aangetoond in de wetenschappelijke literatuur. Hoewel we hier niet op dezelfde breedtegraad liggen als Australië – we hoeven daar niet rouwig om te zijn, alle geografische liggingen hebben hun goede en slechte kanten – hebben we hier inderdaad ook een probleem.

Het International Agency for Research on Cancer, het onderzoekscentrum voor kanker van de WHO, heeft reeds in 2009 zonnebanken geklasseerd als carcinogeen voor mensen in de hoogste risicocategorie, dat wil zeggen voor mensen met een gevoelige huid. Mensen die een zonnebank gebruiken, hebben een met 15 % verhoogd risico op melanoom. Indien een zonnebank gebruikt wordt voor de leeftijd van 30 jaar stijgt de kans op melanoom met 75 %.

Reeds in 2000 heeft de Hoge Gezondheidsraad een advies gegeven over de risico's van het gebruik van zonnebanken. Dat advies wordt momenteel geactualiseerd en het zal ook in de loop van dit jaar beschikbaar zijn. Een adequate controle en informatie over de risico's zijn dus inderdaad van groot belang. Vandaar ook de acties die reeds genomen zijn met de tien geboden.

Preventie is natuurlijk ook nodig, maar dat is een bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Wat de controle, de reglementering en de voorwaarden voor de uitbating van zonnecentra betreft, moet ik u er wel op wijzen dat deze evenals de informatie voor de consument behoren tot de bevoegdheden van de minister van Economie. Die zal u niet onbekend zijn.

Algemeen moeten we ook weten dat mensen in België niet alleen zonnebanken hebben, maar dat ze ook meer naar de zon gaan. Vroeger ging men misschien een keer per jaar op reis. Het is een cumulatie van het aantal uren waarin de huid aan de zon wordt blootgesteld. Vandaar dat in Australië en Brazilië zelfs melanomen achter de oren van de mensen en in de hals worden gevonden. Dat zijn zones die niet zo frequent aan de zon worden blootgesteld, maar bij hen gebeurt dat wel. Algemeen gaat het echter om de optelling van de blootstelling van de huid aan alle soorten van zonnestralen, zowel van zonnebanken als in de tuin en op vakantie naar de zon, zonder bescherming. Het is de accumulatie van het aantal zonuren die van belang is voor de huid.

Voor kinderen zijn er al maatregelen met speciale *patches*, zonnebrillen enzovoort. Wij moeten echter niet alleen de kinderen beschermen. Men moet er echt verantwoord mee omgaan.

27.03 **Els Van Hoof** (CD&V): Ik heb begrepen dat ik de vraag aan minister Peeters moet stellen.

27.04 Minister **Maggie De Block**: Alleen wat de controle betreft.

27.05 **Els Van Hoof** (CD&V): Dat is wel belangrijk.

Ik zal dat zeker doen. Het is immers van belang, want de mensen zijn niet voldoende gesensibiliseerd. Het shockeffect van het verbod in Australië heeft meer impact dan de reclames tot nu toe.

Het is dus wel van belang, zeker voor de leeftijdsgroep tot 35 jaar, die meer gevoelig is voor zonnebanken dan oudere mensen. Jongeren beseffen dat momenteel niet. Zij willen een mooi kleurtje of zich voorbereiden

op de zon. Men denkt dat het gezonder is om op die manier naar de zon te vertrekken en dus wil men de huid al een beetje voorbereiden, terwijl niets ongezonder is dan dat.

Er is dus nog heel wat sensibiliseringswerk nodig om het gebruik van zonnebankcentra eigenlijk af te raden. Dat zou het beste zijn.

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

28 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de specialisatie van en de samenwerking tussen ziekenhuizen" (nr. 1162)

- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de plannen voor een herziening van de ziekenhuisfinanciering" (nr. 1291)

28 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la spécialisation des hôpitaux et la collaboration entre eux" (n° 1162)

- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les projets de révision du financement des hôpitaux" (n° 1291)

28.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, vorige week kwamen de kwalijke gevolgen van de samenwerking en specialisatie van ziekenhuizen nog maar eens in de media, dit keer inzake de concurrentiestrijd tussen de ziekenhuizen die hierdoor wordt teweeggebracht. Een aantal aspecten werd reeds belicht in de regeling der werkzaamheden.

Mevrouw de minister, hebt u al een analyse gepland van de huidige capaciteit van acute bedden? Wanneer mogen wij daarvan de eerste resultaten verwachten? Zit dit mee in het stappenplan, in de vertaling van het KCE-rapport dat wij mogen verwachten? Of staat dit daarvan los?

Concreet over de wanpraktijken inzake concurrentie: worden die geregistreerd of op een bepaalde manier in kaart gebracht? Wordt daartegen iets concreet ondernomen? Door de vorige regering werden dergelijke toestanden nog in de hand gewerkt. Door een bepaling in een programmawet werd bijvoorbeeld een ruling gecreëerd voor ziekenhuizen die daardoor niet-erkende PET-toestellen konden exploiteren. Wij zouden graag weten welk beleid u daarin denkt te voeren.

28.02 Monica De Coninck (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is al naar verwezen: in *De Standaard* is een opiniebijdrage verschenen waarin een ziekenhuisdirecteur, een afgevaardigd bestuurder en een voorzitter zeggen dat de concurrentie zich heel sterk manifesteert in de sector. Ik kan daar zelf ook van meespreken vanuit Antwerpen, waar er enkele grote ziekenhuizen zijn en waar het blijkbaar onmogelijk is om samen te werken en afspraken te maken, waardoor op verschillende locaties dezelfde toestellen staan, die niet optimaal en niet efficiënt werken.

De oorzaak wordt gelegd bij de manier waarop de ziekenhuizen worden gefinancierd. Volgens mij ligt het niet alleen aan de manier waarop de ziekenhuizen, maar ook de dokters worden gefinancierd. Het is voor ziekenhuizen blijkbaar moeilijk om uit de rode cijfers te blijven. Het marktdenken wint terrein. Heel concreet betekent dit dat sommige ziekenhuizen hun patiënten doorverwijzen naar een ziekenhuis aan de andere kant van het land, waarbij de patiënten een ziekenhuis passeren waar zij evengoed behandeld kunnen worden.

Gelukkig geeft het federaal regeerakkoord aan dat er werk gemaakt zal worden van een nieuw financieringssysteem voor de ziekenhuizen en van een herstructurering van het ziekenhuislandschap. U wilt de complexe zorg concentreren. Volgens mij is dat een van de eerste politieke uitspraken die u geformuleerd hebt in uw huidige hoedanigheid over dat thema.

U wilt dat ziekenhuizen zich specialiseren en met elkaar samenwerken. Ook voor minder complexe zorg kan een betere taakverdeling nuttig zijn. U zei in november dat u daarover een overleg ging opstarten. Ik heb daar een aantal vragen bij.

Bevestigt u de misgroei inzake ziekenhuisstructuren, zoals geschetst in het artikel? Wilt u in samenspraak met uw gewestelijke collega's nagaan wat u inzake de programmering van ziekenhuisbedden, maar ook van

bepaalde pepercure toestellen, kunt doen?

Over die aankoop van toestellen wil ik nog zeggen dat we nog veel mannelijke geneesheren hebben die de toestellen gaan kiezen. Wat wij misschien meemaken bij de aankoop van keukenapparatuur, willen zij bij zulke toestellen: ze willen alle mogelijke opties en knoppen. Als men dan onderzoek doet naar het toestelgebruik na drie tot vier jaar, stelt men vast dat steeds dezelfde knoppen worden gebruikt en dat de toeters en bellen die men erbij wilde, en die dikwijls veel geld kosten, eigenlijk niet worden gebruikt.

Ook belangrijk is te vernemen welke actoren u wilt betrekken bij de werkgroepen en de processen. Wanneer worden die erbij betrokken? Wanneer wordt de commissie erbij betrokken? Ik zou daar graag zelfs iets aan doen. Positief meewerken, voor alle duidelijkheid. Ik weet en besef immers dat u in een mijnenveld terecht zult komen. De tegenstrijdige belangen, ook financiële, en de concurrentie zijn groot: het zal niet evident zijn om keuzes te maken.

Ik wil dus de timing kennen. In het regeerakkoord staat dat een taskforce voor eind 2017 een eindrapport zal voorleggen. Kunt u mij zeggen wat de belangrijkste principes zijn van die taskforce, wanneer ze zal beginnen te werken en vooral wanneer ze iets moet opleveren? Uit ervaring weet ik dat de vooropstelling van een einddatum niet onbelangrijk is, want dan moet het rapport klaar zijn; anders beslist u op die einddatum zelf.

Ten vierde, u spreekt vooral over de financiering en specialisatie. Zult u ook de regionale samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen die ruimer gaan dan de specialistische zorg, meenemen in dat verhaal? Streeft u ook naar logische geografische ziekenhuisverbanden en taakafspraken? Ik wil daarbij zeggen dat de mobiliteitsproblematiek daarin ook een rol speelt. Als kinderen tegen kanker behandeld moeten worden, dan gaan die kinderen natuurlijk het best naar een ziekenhuis dat veel ervaring heeft in die behandeling, maar het is niet zo evident om voor een behandeling elke dag heen en terug te rijden, noch als kind-patiënt noch als ouder, wanneer zij honderd kilometer verder moeten rijden, terwijl er dichtbij misschien ook mogelijkheden zijn, die zich echter niet aandienen omdat de ziekenhuizen daar om concurrentieredenen niet samenwerken.

Het beleid dat u daaromtrent wilt ontwikkelen, zal op de financiën maar ook op de patiënten gericht moeten zijn. Ik heb de spijtige ervaring dat in die sector soms het laatst aan de patiënt gedacht wordt. Ik kan me best voorstellen dat u met uw achtergrond de patiënten belangrijk genoeg vindt om ze als finaliteit naar voren te schuiven, als vertrekpunt om na te gaan hoe de gezondheidszorg efficiënt en effectief georganiseerd kan worden.

28.03 Minister **Maggie De Block**: Het opiniestuk in *De Standaard* van professor Nys en Koen Michiels heeft inderdaad heel wat stof doen opwaaien. Mevrouw De Coninck, u hebt in Antwerpen heel wat fusies en afgesprongen fusies gezien. Wat zij zeggen, is dus niet nieuw. Het beeld dat zij scheppen, is niet nieuw. Spijtig genoeg gaat het niet om een alleenstaand geval.

De evolutie van de fragmentatie in het ziekenhuislandschap is al jaren bezig. Dat is ook een van de redenen waarom het regeerakkoord nu voor netwerking en getrapte zorg pleit. Het is niet de eerste keer dat een dergelijke bepaling in het regeerakkoord staat. In 1999 stond ze ook al in een regeerakkoord. Er is toen door Frank Vandenbroucke hard aan gewerkt. Een en ander heeft echter niet alle problemen kunnen oplossen, ook al omdat een beleidsperiode van vier jaar niet genoeg was en hij daarna naar andere oorden en andere regeringen is vertrokken.

De manier waarop ziekenhuizen vandaag worden gefinancierd, kan zeker de strijd tussen ziekenhuizen aanwakkeren. Daarom bepaalt het regeerakkoord duidelijk dat wij tijdens de huidige legislatuur ook werk moeten maken van een hervorming van de ziekenhuisfinanciering. De financiering moet de juiste prikkels geven, opdat de ziekenhuizen samenwerken of netwerken vormen.

Het is hier door mevrouw Van Camp al aangestipt dat het erkenningsbeleid van de deelstaten ook een cruciale rol speelt om de concurrentiestrijd tussen ziekenhuizen te temperen. Ook via erkenningen dienen samenwerking en taakafspraken te worden aangemoedigd.

Bovendien zijn de deelstaten een cruciale partner om de netwerkvorming uit te breiden naar de eerstelijnsgezondheidszorg.

Die ziekenhuisfinanciering is inderdaad een enorme werf. U had het over een wespennest. Wij zijn in december begonnen met het overleg met de betrokkenen. In een eerste ronde hebben wij overleg gepleegd met de ziekenhuiskoepels en een aantal stakeholders, zoals Zorgnet.

Een tweede ronde vindt volgende week plaats, namelijk met de ziekenfondsen. Daarna volgen opnieuw de artsensyndicaten. Wij hebben hen al over andere aangelegenheden ontmoet, zoals de Medicomut en de studenten. Dan komen er nog andere betrokken partijen, omdat daarbij ook mensen moeten worden betrokken op het niveau van de Gewesten.

Parallel daarmee denken wij na over de vorming van de taskforce. Hoe moet die eruitzien? Ik wil geen hoogmis, zoals indertijd de grote pensioenconferentie met driehonderd deelnemers, toen een olifant een muis heeft gebaard. Dat is niet de bedoeling.

De bedoeling is om de leden van de taskforce thematisch in te schakelen en met resultaten te komen. Als men met driehonderd is, behaalt men geen resultaten.

Zoals ik tijdens de bespreking al aan de voorzitter heb gezegd, willen wij tegen eind maart een methodologie en een chronologie voor overleg hebben. Er is ook een actieplan nodig waarin wordt bepaald hoe de thema's verder bestudeerd moeten worden.

Het Kenniscentrum heeft een roadmap gemaakt. Het is bereid om die bij wijze van inleiding, als appetizer, aan de commissie te komen voorstellen. Als wij daarna een plan van aanpak hebben, zal ik naar de commissie komen met de chronologie en de methodologie. Wij willen een aantal mijlpalen in het plan opnemen, waarmee we kunnen aangeven wanneer wij welke doelstellingen willen halen. Dat zal gedurende heel de legislatuur aan bod komen, maar op bepaalde momenten moeten we wel bepaalde initiatieven nemen.

Er zijn nu nog geen grondige thematische analyses gestart, maar wat de bezettingsgraad van de acute bedden betreft, mevrouw Van Camp, moet worden bekeken hoe een eventuele overcapaciteit in kaart kan worden gebracht. Er moet ook worden bekeken of een afbouw van capaciteit aan de orde is, dan wel of er op bepaalde plaatsen te weinig bedden zijn. Ik denk ter zake bijvoorbeeld aan psychiatrische en palliatieve bedden of de vroegere verzorgingsbedden. Als ter zake een reconversie moet gebeuren, zal dat via de overcapaciteit moeten worden geregeld.

Op het vlak van de zware medische apparatuur is er natuurlijk het plan Medische Beeldvorming van mijn voorgangster. Er bestaat sinds augustus 2014 ook een lijst van zware medische apparatuur. De wetgeving vereist een toestemming van de bevoegde deelstaatsminister alvorens een apparaat dat op die lijst voorkomt, kan worden geïnstalleerd. De ontwikkeling van een kadaster van zware medische apparatuur is cruciaal om ter zake een handhavingsbeleid te kunnen voeren.

We hebben natuurlijk de terugbetaling van de prestaties die voor de zware apparatuur gebeurt, nog federaal in handen. Dat is een belangrijke stok achter de deur. Men kan, zoals u zegt, te veel machines met veel toeters en bellen installeren, maar dan is het wel aan ons om de terugbetaling in de hand te houden.

De maatregelen moeten een verdere overtollige en ongewenste verspreiding in het domein van de medische beeldvorming helpen indammen. Een concentratie van de expertise en de middelen is belangrijk, niet alleen bij operatietechnieken en diensten, maar ook bij dure medische apparatuur. Ik wil ook onderstrepen dat ik als federaal minister slechts een doeltreffend beleid van concentratie en samenwerking kan voeren als mijn collega's van de deelstaten een gelijkaardige visie volgen.

Mevrouw De Coninck, u stelt correct dat het ons doel is om voor de patiënt een efficiënter zorglandschap te ontwikkelen. Nu zien we inderdaad meer samenwerking ontstaan. Als ik hoor dat er tussen Kortrijk en Leuven een samenwerking is, dan stel ik mij toch maar de patiënt voor die in Kortrijk doorverwezen wordt naar Leuven. Die is dan eigenlijk bijna een dag onderweg om een onderzoek of een aanvullende behandeling te ondergaan. Zeker voor de netwerken moeten we naar het comfort van de patiënt kijken, maar ook naar de vraag waar de patiënt de beste behandeling zal krijgen. Uit de studie van het Kenniscentrum weten we dat men voor bepaalde aandoeningen beter naar gespecialiseerde centra, *centers of excellence*, kan worden doorverwezen, bijvoorbeeld de borstklinieken en centra voor oncologische behandelingen.

Het is natuurlijk niet de bedoeling dat er een paar slokken van ziekenhuizen zouden ontstaan. Niets sluit uit dat een kleiner ziekenhuis een enorme expertise zou ontwikkelen. Ik denk bijvoorbeeld aan Melsbroek. Melsbroek is een klein ziekenhuis, maar er bestaat geen discussie over de expertise inzake de behandeling van MS.

Wij zullen dat dus moeten bekijken, bottom-up, van op het terrein. Zal dat gemakkelijk zijn? Ik meen van niet. U zegt dat het een wespennest is. Dat heb ik ook allang begrepen. Het is echter heel belangrijk voor de toekomst van de behandelingen van de patiënten en voor de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg. Misschien kan het nu wel lukken, gelet op het feit dat al de helft van onze ziekenhuizen zich in financiële moeilijkheden bevindt. Men beseft echt wel dat het zo niet verder kan. Dus misschien zal men de bereidheid hebben meer samen te werken.

Wij zullen er wel op moeten aandringen dat zij met elkaar overleggen. Dat hoef ik niet tegen u te zeggen, mevrouw De Coninck. Het is een kwestie van willen. Het spreekwoord zegt: "als de nood het hoogst is, is de redding nabij", maar u weet dat over het statuut van arbeiders en bedienden indertijd ook lang is gesproken. In 1999 was dat al een dringende zaak, maar het heeft tot 2012-2013 geduurd vooraleer er een oplossing is gevonden.

Ik blijf beklemtonen dat wij in deze legislatuur het point of no return hebben bereikt. Om onze ziekenhuizen te blijven financieren en om onze zorg adequaat te organiseren met het oog op de patiënt, dringen maatregelen zich op.

Er moeten zeer dringend maatregelen worden genomen. Deze commissie zal daarbij zeer nauw worden betrokken. Het is logisch dat het eerst aan het Kenniscentrum is, waarna wij met een plan van aanpak kunnen volgen.

La **présidente**: Nous en attendons la confirmation, mais le KCE viendra normalement devant la commission le 27 janvier.

Nous conviendrons d'une date pour vous entendre à la fin mars au sujet du plan que vous voulez proposer. Éventuellement, d'autres acteurs seront entendus.

28.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Het antwoord was duidelijk, mevrouw de minister. Daarom wou ik de vraag nu nog stellen, omdat zij actueel is en de afspraken net zijn gemaakt.

28.05 Monica De Coninck (sp.a): Mevrouw de minister, het is belangrijk om de belangrijkste items of knelpunten inzake de methodologie te detecteren. Daarover bestaat al redelijk wat.

Ik ben zo vrij om u goede raad te geven. U moet vooral de balans zoeken. Er zijn verschillende items. Wat men bij het ene wint, moet men bij het andere toegeven. Het is dus belangrijk om voor de verschillende items het minimum, het maximum en de marge ertussen te definiëren. Als die oefening is gemaakt, kan men bekijken wat tegen elkaar kan worden afgewogen. Zo zal iedereen iets verliezen, maar ook iets winnen. Dat zal de uitdaging worden, vooral gezien de huidige budgettaire krapte.

Ik heb mij in de sector heel erg gestoord aan de vele cowboys. Veel verantwoordelijken in de sector doen wat zij willen, zonder rekening te houden met de wetgeving, want alles wordt nadien toch geregulariseerd. Dat is een schande voor degenen die respectvol en moreel hoogstaand met een aantal zaken omgaan, die saneren, die willen samenwerken, maar die eigenlijk voortdurend het deksel op de neus krijgen door diegenen die uitgaan van een puur vrijemarktdenken. Nochtans worden de geneeskunde en de gezondheidssector bijna volledig betaald met belastinggeld van ons allemaal.

Velen vergeten dat permanent. Ik heb zelf acht ziekenhuizen laten fuseren. Dat was geen gemakkelijke oefening, maar wat mij daarbij heel erg gestoord heeft, is dat wij efficiënter en effectiever wilden werken en dat wij daarvoor financieel gesanctioneerd werden. Een dergelijke logica is niet te verantwoorden. Als het gaat over samenwerken en saneren, om uiteindelijk minder middelen te spenderen, moet u proberen om de mensen die dat effectief doen financieel te belonen. Ik meen dat u dan heel ver kunt komen.

28.06 Minister Maggie De Block: Ik ga akkoord met uw laatste opmerking. Zij die plaatsen, bedden en apparatuur installeren en denken dat het daarna wel geregulariseerd wordt, moeten veeleer op de vingers getikt dan beloond worden. Daarmee ben ik het helemaal eens.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 1167 de M. Stefaan Vercamer est transformée en question écrite. Les questions n° 1185 de moi-même, n° 1186 de Mme Leen Dierick, n° 1199 de M. André Frédéric et n° 1215 de M. Daniel Senesael sont reportées.

La réunion publique de commission est levée à 18.26 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.26 uur.