

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 4 MAART 2015

Namiddag

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

du

MERCREDI 4 MARS 2015

Après-midi

La séance est ouverte à 14.18 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 14.18 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Chers collègues, étant donné que beaucoup de questions sont inscrites à l'ordre du jour, je vais vous rappeler les règles. Vous devez poser vos questions brièvement: en deux ou trois minutes. La réponse et la réplique doivent également être courtes. En principe, chaque point doit occuper maximum cinq à six minutes. Je ne suis pas à trente secondes ou une minute près, mais essayons de respecter ces règles.

Il est possible de demander à la ministre une réponse écrite, de sorte que la question orale soit transformée en question écrite. Si vous choisissez cette option, la ministre vous donnera le texte de sa réponse en fin de réunion. Je l'ai également prévenue que si elle reçoit des questions auxquelles elle a déjà répondu et pour lesquelles aucun élément nouveau n'a été apporté, elle peut le signaler et se référer à sa réponse. Sinon, nous n'en sortirons pas!

Mme de Coster-Bauchau a annoncé qu'elle aurait un peu de retard, tout comme Mme Detiège. Monsieur Miller, votre patience est encore mise à rude épreuve, mais elle va arriver. Mmes Jiroflée et Lanjri ne sont pas là.

01 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le refus de médecins spécialistes d'opérer des malades en chambres communes" (n° 1886)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le comportement de certains spécialistes vis-à-vis du choix des chambres au sein des hôpitaux" (n° 1902)
- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médecins refusant de soigner les patients en chambres doubles ou en chambres communes" (n° 1903)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours aux listes d'attente déguisées dans les hôpitaux" (n° 1907)
- M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le problème des médecins qui refusent de soigner certains patients" (n° 1936)
- M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'indignation soulevée par les suppléments d'honoraires" (n° 2020)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les articles sortis sur le refus de certains médecins de soigner des patients en chambre commune" (n° 2092)

01 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de weigering van specialisten om patiënten die in gemeenschappelijke kamers liggen te opereren" (nr. 1886)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de houding van bepaalde specialisten ten aanzien van de ziekenhuiskamerkeuze" (nr. 1902)
- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artsen die weigeren patiënten in twee- of meerpersoonskamers te behandelen" (nr. 1903)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "verdoken wachtlijsten in ziekenhuizen" (nr. 1907)

- de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problemen inzake artsen die patiënten weigeren" (nr. 1936)
- de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verontwaardiging over de ereloonsupplementen" (nr. 2020)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de persberichten in verband met de weigering van sommige artsen om patiënten in gemeenschappelijke kamers te behandelen" (nr. 2092)

01.01 Monica De Coninck (sp.a): Mevrouw de minister, op 2 februari las ik in de geschreven pers dat artsen een aantal patiënten niet behandelen als zij niet voor een eenpersoonskamer kiezen, waarvoor zij dan natuurlijk ereloonsupplementen mogen aanrekenen. Die houding werd vergoelijkt door de voorzitter van het artsensyndicaat, Marc Moens. Ik vind dat verontrustend.

Weigeren patiënten te behandelen op basis van hun inkomen of op basis van bepaalde keuzes die zij maken volgens wat zij betaalbaar vinden, is niet alleen onwettig, maar ook volstrekt tegen de deontologie of ethiek. De artsensyndicaten zouden dat heel transparant en duidelijk moeten veroordelen. De Orde van geneesheren zou daartegen moeten optreden. Zelf gaf u, terecht, aan dat u die praktijk veroordeelt.

Mevrouw de minister, wat kunt of zult u ondernemen tegen artsen die weigeren patiënten te behandelen in twee- of meerpersoonskamers? Welk signaal zult u daaromtrent uitzenden naar de artsensyndicaten? Zult u met hen samen zitten? Wat is de finaliteit daarvan?

01.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik zal wat al gezegd is, niet herhalen. Ik deel de zorg van mevrouw De Coninck. Ik voeg eraan toe dat die praktijken kunnen leiden tot verdoken wachtlijsten of een geneeskunde met twee snelheden. De rest heeft mijn collega al aangehaald. U zei in de pers dat patiënten hun klachten kunnen mededelen aan de Orde, het ziekenhuis of de ziekenfondsen, maar het is ook uw verantwoordelijkheid om daaraan iets te doen, niet alleen die van de patiënt.

Zult u een onderzoek instellen naar wantoestanden of hebt u dat al gedaan? Welke sancties zult u opleggen aan de artsen die patiënten weigeren? Zult u nog andere initiatieven nemen om dat probleem op te lossen? Welke maatregelen neemt u om een geneeskunde met twee snelheden in te dijken en te vermijden?

01.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je voudrais compléter les questions de mes collègues et établir un lien avec les objectifs poursuivis par les articles adoptés en 2013 visant à interdire les suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits.

Le but de la loi ainsi modifiée est, notamment, de garantir un accès pour toutes et tous aux soins, mais aussi de tenir compte de l'évolution au sein des hôpitaux qui renonçaient de plus en plus aux chambres communes pour développer les chambres individuelles ou à deux lits. L'objectif est également d'assurer une meilleure qualité des soins. Il ne s'agit donc nullement de permettre une augmentation des coûts ou des facturations de prestations en chambre seule ou en cas de non-conventionnement de certains médecins.

On constate, aujourd'hui, que certains hôpitaux suppriment un maximum de chambres à deux lits pour en faire des chambres individuelles et retrouver ainsi une liberté d'honoraires. Il est même question de pressions exercées par certains médecins sur des patients.

Madame la ministre, est-il nécessaire de procéder à une nouvelle modification des dispositions législatives afin de créer un cadre? Se posent également la question de la déontologie et de l'éthique dont doivent faire preuve les médecins, mais aussi de l'honneur et de la dignité. Ce faisant, peut-être serait-il opportun de rappeler aux médecins la nécessité de la qualité des soins et du respect des patients.

Madame la ministre, pourriez-vous me faire part de votre analyse de la situation? Quelles solutions envisagez-vous pour remédier aux problèmes que je viens d'évoquer?

La **présidente**: Mme Fonck étant absente, je donne la parole à Mme la ministre.

01.04 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, le patient peut choisir librement son médecin, mais cette liberté de choix n'est pas absolue. Des situations dans lesquelles le choix du patient n'est pas respecté sont envisageables comme lorsque le patient a des souhaits spécifiques ou lorsque le médecin souhaité n'est pas disponible ou encore en conséquence de l'organisation d'un service d'urgence ou de garde. Il

convient toutefois de préciser que le seul motif selon lequel le patient ne veut pas opter pour une chambre unique et ne souhaite donc pas payer de suppléments d'honoraires n'est pas suffisant pour limiter son choix.

Een dergelijke houding is dan ook tegen de deontologie van de artsen en dat wordt nog eens bevestigd door de Orde van geneesheren in haar advies van 22 februari 2014. De nationale raad van de Orde stelt dat het strijdig is met de geneeskundige plichtenleer dat de arts weigert de zorg voor een patiënt op zich te nemen, alleen omdat die weigert een individuele kamer te kiezen. De Orde heeft dat advies, weliswaar een paar dagen nadat de zaak in de media was gekomen, toch nog eens herhaald.

Ik heb eveneens verwezen naar de ziekenhuiswet. Bij de jongste herziening van de opnameverklaring, het document dat elke patiënt ondertekent bij een ziekenhuisopname en waarop de kamerkeuze wordt gemaakt, zijn nog eens de puntjes op de i gezet. Er staat duidelijk aangegeven dat de artskeuze niet beperkt mag worden door de kamerkeuze.

Ik heb het duidelijk gezegd vanaf de eerste dag: zulke praktijken zijn wat mij betreft helemaal onaanvaardbaar. Elke patiënt heeft recht op de beste kwaliteit van zorg en ook op dezelfde toegankelijkheid tot de zorg. De oplossing zullen wij inderdaad moeten zoeken in het kader van de globale hervorming van het ziekenhuislandschap, die de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuur en koninklijk besluit nr. 78 omvat.

Mevrouw Dedry, het is inderdaad aan mij om te reageren, maar ik kan alleen reageren als een feit gerapporteerd wordt. Als een patiënt dit soort van discriminatie ondervindt, roep ik hem op dat te laten weten, ofwel aan het ziekenfonds, ofwel via de ombudsman of –vrouw van het ziekenhuis, ofwel via de Orde, maar het moet wel gerapporteerd zijn, willen wij kunnen optreden.

Je souhaite aborder la solution à la situation des suppléments d'honoraires dans le cadre d'une concertation sereine, conjointement avec les syndicats de médecins, les mutualités et les hôpitaux. Nous susciterons une vaste adhésion et nous élaborerons une solution durable.

Wij hebben over de kwestie al samen gezeten met de artsensyndicaten. Het betreft natuurlijk een heel belangrijk punt. Wij zien in heel Europa dat steeds meer eenpersoonkamers tout court in de ziekenhuizen worden gebouwd. Dat is een trend in heel Europa.

De vraag is op welke manier wij met die situatie omgaan, zeker wetende dat de ziekenhuisfinanciering ook met dat gegeven rekening moet houden.

Ik wil geen voorafnames doen, maar het staat als een paal boven water dat dergelijke praktijken, ook in afwachting van onze hervorming van de ziekenhuisfinanciering, niet worden toegelaten.

La **présidente**: Madame la ministre, je vous remercie. Chers collègues, ceux qui ont posé leur question ont maintenant le droit de répliquer. Ceux qui n'ont pas su poser leur question et qui ont entendu la réponse de la ministre pourront également répliquer s'ils le souhaitent.

01.05 **Monica De Coninck** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik zal het kort houden, gelet op de vele vragen die aan de agenda staan.

Mevrouw de minister, u zegt zelf dat het dossier rond de ziekenhuisfinanciering bijzonder urgent is. Er komen heel wat problemen in de rand van dat verhaal, namelijk de financiering die een aantal systemen zal vervormen.

We moeten snel werken. Het is geen gemakkelijk dossier, maar we moeten er spoed achter zetten om het te kunnen afwerken.

Ik heb ook nog een suggestie. In het Zorgbedrijf Antwerpen hebben wij gezegd dat een eenpersoonkamer de norm is. Een eenpersoonkamer moet voor iedereen beschikbaar zijn. Dat is ook een trend.

Als men echter voor een tweepersoonkamer kiest, krijgt men een korting. De norm is echter een eenpersoonkamer, maar als men bijvoorbeeld liever samen ligt met iemand die men kent of om meer contacten te hebben, krijgt men een korting.

Men draait dan de logica om. Ik weet niet of dat kan, maar ik geef het maar mee als een suggestie.

Ik dank u voor uw antwoord.

01.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord.

Ik begrijp dat in het dossier van de ziekenhuisfinanciering veel met veel samenhangt. Het enige gevaar is dat alles aan alles wordt gekoppeld en dat het dan heel moeilijk wordt om al die problemen op te lossen.

Ik neem akte van het feit dat wij dit ook zien terugkomen in uw voorstellen rond de ziekenhuisfinanciering en de wijzigingen aan het koninklijk besluit nr. 78.

01.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, en réaction à votre réponse, je dirai que la modification du financement des hôpitaux et sans doute une certaine harmonisation des rémunérations des médecins, indépendamment des autres budgets de l'hôpital et si l'on suit la suggestion du KCE, pourraient sans doute apporter des solutions.

Je trouverais intéressant de faire parvenir une information aux patients. En effet, nombreux sont ceux qui ignorent leurs droits. Il est, somme toute, obligatoire, en cas d'hospitalisation, de leur fournir des informations quant à leur facture. Peut-être serait-il intéressant de demander aux mutuelles de procéder en ce sens. Ainsi, dès qu'un patient se rend à l'hôpital, il saurait qu'il est en droit d'obtenir telle ou telle information. Ce n'est qu'une fois informé qu'il peut, de façon efficace, signaler un cas ou introduire une plainte.

01.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, les règles en la matière sont claires et connues, car il est évidemment inacceptable que des médecins refusent de prendre en charge des patients aux motifs qu'ils ne se trouvent pas dans une chambre seule et que, par conséquent, ils ne pourraient exiger des suppléments d'honoraires. Ces règles sont connues sur le plan déontologique et doivent être respectées partout. C'est le point dont vous devez, avec vos services, pouvoir vous assurer.

Ces pratiques inacceptables sont dénoncées par les médecins eux-mêmes. Elles sont heureusement très limitées. Il importe d'éviter d'en faire une généralité.

De toute évidence, cette situation est révélatrice de la situation financière difficile des hôpitaux. Rappelons l'étude Maha qui est réalisée chaque année et qui rapporte que 60 % des hôpitaux sont dans le rouge. Ce sont des éléments dont il importe de tenir compte eu égard à la réforme à venir sur le financement des hôpitaux. Ils devront être intégrés et pris en considération.

01.09 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je suis arrivé en cours de réponse. J'ai entendu au moins que vous étiez consciente du problème et qu'il fallait tout mettre en œuvre pour ne pas créer une médecine à deux vitesses dans les hôpitaux et faire en sorte qu'une personne qui choisit une chambre double ou une chambre commune ne soit pas méprisée par l'un ou l'autre spécialiste, même si Mme Fonck affirme qu'il s'agit d'une minorité. Je ne parle pas du phénomène en termes quantitatifs mais je me dis qu'il n'y aurait même qu'un cas, que ce serait un cas de trop!

Je pense aussi qu'il faut réfléchir à ce qui a été dit par Mme Gerkens. Quand on se retrouve en milieu hospitalier, c'est parfois prévu, parfois pas. Il arrive que dans la panique, on ne prenne pas toujours la mesure financière du choix posé. Les hôpitaux, les institutions hospitalières devraient être beaucoup plus proactifs en la matière de façon à ce que les patients sachent ce qu'ils recevront comme facture. Celles-ci sont souvent douloureuses et mettent souvent en difficulté un grand nombre de familles.

La **présidente**: Madame la ministre, contrairement à la règle, étant donné qu'il y a eu des répliques alors que les questions n'avaient pas été posées, je vous cède la parole si vous souhaitez ajouter quelque chose, mais je ne donnerai pas le dernier mot aux parlementaires.

01.10 Minister Maggie De Block: Ik heb van in het begin gezegd dat het ontoelaatbaar en onaanvaardbaar is.

Daarnaast heeft niemand mij duidelijk kunnen zeggen wat de *ampleur* van het fenomeen is. Elke keer dat het zou voorkomen, is het echter onaanvaardbaar. Volgens de ene is het *common practice*, volgens de

andere is het zeer miniem. Nogmaals: elk geval is er één te veel. Ik heb dan ook aan de mutualiteiten gevraagd om te achterhalen wat de *ampleur* is en op welke schaal dit wordt gedaan.

Dit is een heel belangrijk feit dat deel uitmaakt van de ziekenhuisfinanciering. Ondertussen moeten de patiënten echter op de hoogte worden gebracht over hun rechten. De wet over de patiëntenrechten hebben wij in deze commissie gemaakt. Die wet is meer dan tien jaar oud. Het was ook de taak van de mutualiteiten – niet alleen van de ziekenhuizen – om de patiënt op zijn rechten te wijzen. Patiënten zijn inderdaad misschien niet assertief en ingelicht genoeg, maar de wet bestaat al meer dan tien jaar. Zij is echter op veel vlakken aan herziening toe.

Bij een andere gelegenheid zouden wij, mevrouw de voorzitter, de wet moeten herzien, nagaan in hoeverre zij nog leeft bij de patiënten en wat de nieuwe elementen zijn, zoals deze praktijk, die onaanvaardbaar is.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Mme Sybille de Coster-Bauchau à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le retour des reliquats de produits létaux utilisés lors des euthanasies" (n° 1787)

02 Vraag van mevrouw Sybille de Coster-Bauchau aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het terugbrengen van de restanten van euthanatica" (nr. 1787)

02.01 Sybille de Coster-Bauchau (MR): Madame la présidente, madame la ministre, nous savons tous que la réalisation d'actes d'euthanasie fait l'objet de procédures très strictes prévues à la fois par la loi et par des arrêtés d'exécution.

Parmi ces procédures, je m'attarde sur celle concernant les euthanasies pratiquées à domicile qui prévoit que les produits utilisés seront remis par un pharmacien en main propre au médecin contre une prescription qu'il aura lui-même signée. Une fois l'acte opéré, le médecin est prié de retourner les flacons entièrement ou partiellement vides au pharmacien.

Madame la ministre, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé tient-elle le compte, dans un relevé exhaustif, des produits qui sont consommés et/ou retournés dans ce cadre? Ce contrôle est-il efficace? A-t-on pu établir des statistiques relatives au retour de ces produits euthanasiants? Disposez-vous aussi de données géographiques pour ces statistiques? En effet, à l'analyse des documents, il semblerait qu'il y ait moins de déclarations en Wallonie. Y a-t-il une explication à cela? Enfin, quels types de contrôles sont-ils effectués afin de veiller au strict respect de la législation à cet égard?

02.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame de Coster, la législation fédérale en matière de médicaments ne réglemente pas d'une manière spécifique les médicaments utilisés dans le cadre de l'euthanasie. Tous les patients qui utilisent ou non des médicaments qui sont délivrés par le biais des officines pharmaceutiques dans le cadre des soins palliatifs à domicile peuvent, à tout moment, rapporter à l'officine pharmaceutique leurs médicaments périmés et non utilisés en vue de leur destruction, conformément à l'article 13 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instruction pour les pharmaciens.

S'agissant de l'officine ouverte au public, la traçabilité des produits euthanasiants est assurée par l'obligation pour le pharmacien de conserver pendant cinq ans les documents commerciaux qui justifient ces achats et pendant dix ans les ordonnances sur la base desquelles il les a délivrés.

Le médecin ne doit pas légalement rapporter le surplus de produit létaux après l'euthanasie, même si le pharmacien doit collecter et éliminer les médicaments périmés ou non utilisés par les patients. C'est pourquoi nous ne disposons pas de statistiques relatives au retour des produits létaux.

02.03 Sybille de Coster-Bauchau (MR): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse.

Si j'ai bien compris, le médecin n'est pas obligé de rapporter le surplus?

02.04 Maggie De Block, ministre: Non.

02.05 Sybille de Coster-Bauchau (MR): Je pensais que cela faisait partie de ses obligations. Je vous remercie de votre explication.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Monsieur Miller, êtes-vous d'accord que Mmes Jiroflée et Lanjri posent leurs questions jointes et qu'ensuite nous passions à la vôtre, que Mme Detiège nous rejoigne ou non? (*Assentiment*)

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "partnergeweld" (nr. 1830)

- mevrouw Nahima Lanjri aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "partnergeweld" (nr. 1853)

03 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les violences conjugales" (n° 1830)

- Mme Nahima Lanjri à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les violences conjugales" (n° 1853)

03.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, vrij recent zijn er weer hallucinante cijfers in de media gepubliceerd in verband met partnergeweld. Ik vernoem die cijfers even. In 2013 zouden er maar liefst 162 dodelijke slachtoffers gevallen zijn in verband met partnergeweld. Er waren in dat jaar in absolute cijfers 39 746 meldingen van partnergeweld. Dat zou betekenen dat grosso modo om de twee dagen iemand sterft ten gevolge van partnergeweld. Negen op de tien slachtoffers zijn vrouwen. Nog steeds geven vrouwen dergelijke vormen van geweld helemaal niet aan: in 2010 schatte men dat slechts 13,9 % van de slachtoffers klacht indient.

Het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen ijvert er al jaren voor, samen met veel vrouwenorganisaties, dat aangifte zou worden gedaan van partnergeweld. Het Instituut ijvert er ook voor dat de daders zouden worden geholpen en pleit voor een opleiding van professionelen, onder andere bij Justitie en politie, die trouwens de voorbije jaren significante stappen in de juiste richting hebben gezet.

Ook vraagt men dat de huisartsen op een goede manier zouden reageren. Huisartsen zijn immers vaak het eerste aanspreekpunt, maar soms blijken zij niet alert te zijn voor indicaties van partnergeweld. Het Instituut zou een aantal tools willen aanreiken waarmee huisartsen partnergeweld makkelijker kunnen detecteren en bestrijden. Een ander probleem is bijvoorbeeld dat huisartsen vaak niet weten wanneer zij hun beroepsgeheim mogen schenden om hun patiënten door te verwijzen naar de hulpverlening. Klachten van angst, slapeloosheid en depressie wijzen vaak op huiselijke problemen, maar alweer ontbreekt vaak de alertheid bij de huisartsen om daarop in te gaan.

Mevrouw de minister, neemt u maatregelen inzake de opleiding, vorming of nascholing van huisartsen, waarbij zij zouden leren om meer adequaat te reageren bij indicaties van partnergeweld?

03.02 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de minister, zoals onze collega reeds aangaf, gaat het inderdaad om heel hoge aantallen. Wij weten dat dit het topje van de ijsberg is, dat vele vrouwen geen klacht durven in te dienen of dat zij de weg niet vinden. Die problemen moeten erkend en opgelost worden, daar nu al veertigduizend personen, vooral vrouwen, melding maken en er vele dodelijke slachtoffers worden geteld.

Opvallend is dat het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen ook melding maakte van het feit dat artsen, en dan vooral huisartsen, niet altijd goed weten dat zij niet gebonden zijn aan het beroepsgeheim om de stap te zetten naar de procureur of om de slachtoffers door te verwijzen naar de hulpverlening.

Ten eerste, welke maatregelen zijn er genomen op dit vlak? Welke richtlijnen over de aanpak van partnergeweld zijn er uitgevaardigd voor de artsen, of het nu gaat om ziekenhuisartsen of huisartsen? Zijn er überhaupt richtlijnen, of rekent u enkel op wat de sector zelf doet?

Ten tweede, welke maatregelen wil u nog nemen om de aanpak van partnergeweld te verbeteren?

Ten derde en tot slot, partnergeweld is ook een bevoegdheid van staatssecretaris Elke Sleurs. Is er tussen u beiden al overleg geweest? Welke maatregelen zult u samen nemen? Is er een nieuw plan van aanpak?

03.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Jiroflée, mevrouw Lanjri, de huisarts is natuurlijk een onvermijdelijke vertrouwenspersoon, die advies en hulp aan slachtoffers van partnergeweld kan bieden. Ik weet dat de commissie zeer gendergevoelig is, maar het gaat niet alleen om geweld op vrouwen, er bestaat ook partnergeweld tegen mannen. Als men over gelijke kansen spreekt, ze zijn erbij betrokken.

Reeds verschillende jaren worden onder supervisie van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu regelmatig acties opgezet rond het informeren, sensibiliseren en opleiden van artsen en ziekenhuispersoneel. Onder andere personeel op de spoedopname wordt daaromtrent gesensibiliseerd. Zo werd ongeveer tien jaar geleden voor de huisartsen een gids inzake huiselijk geweld opgesteld, en daarin gaat het om partnergeweld, kindermishandeling en ouderenmishandeling, met beslissingsbomen en praktische fiches.

De voorbije jaren hebben ook de twee wetenschappelijke verenigingen voor huisartsen in ons land, namelijk de Société Scientifique de Médecine Générale en Domus Medica, aanbevelingen voor een goede praktijkvoering opgesteld. De praktijkrichtlijnen partnergeweld, kindermishandeling en ouderenmishandeling werden gefinaliseerd en er werden ook opleidingen georganiseerd in het kader van de nascholing van onder andere de LOK's of lokale kwaliteitsgroepen en van de Dodécagroepen.

Naast die opleidingen worden er sinds 2013 ook in de ziekenhuizen sensibiliseringscampagnes georganiseerd, door middel van affiches in de wachtzalen om slachtoffers van partnergeweld ertoe te bewegen hun behandelend arts in vertrouwen te nemen. Hetzelfde initiatief werd ook via huisartsen opgezet en ook bij de huisartsen werden affiches en folders afgeleverd.

Ik zou willen onderstrepen dat de huisartsenopleiding, ook inzake partnergeweld, sedert 1 juli 2014 een bevoegdheid van de deelstaten is. Bovendien wordt de maatregel ter zake nu ook reeds opgenomen in de draft van het toekomstig meerjarig nationaal actieplan 2015-2019 ter bestrijding van partnergeweld en intrafamiliaal geweld. Dat is belangrijk, want in de interdepartementale werkgroep hebben vertegenwoordigers van de verschillende betrokken instanties, Binnenlandse Zaken, Justitie, Gelijke Kansen en ook de deelstaten zitting. De activiteiten van de werkgroep worden gecoördineerd door het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen.

De voorbereidingen voor het nationaal actieplan 2015-2019 zijn gestart. Nadien zal het nationaal actieplan voor goedkeuring aan de Interministeriële Conferentie Integratie in de Samenleving worden voorgelegd. Als het is goedgekeurd, moet natuurlijk iedereen zijn deel van de maatregelen implementeren en uitvoeren. Het is inderdaad een werk op verschillende bevoegdheidsterreinen, maar de voorbereidingen zijn alvast gestart.

03.04 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor haar mooi overzicht. Er wordt inderdaad al jaren rond partnergeweld gewerkt. Alleen moeten we ieder jaar opnieuw bij het bekijken van de cijfers vaststellen dat partnergeweld toch wel een probleem blijft en dat er een taak zou moeten worden opgenomen door de artsen. Ik roep de minister ertoe op om, naast het Instituut voor de Gelijkheid, heel alert de uitvoering van het actieplan 2015-2019 te blijven volgen, zodat alle maatregelen, ten eerste, goed en efficiënt zijn en, ten tweede, door de minister zelf worden uitgevoerd.

03.05 **Nahima Lanjri** (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik kijk uit naar de opmaak van het nieuwe nationaal actieplan, waarvan staatssecretaris Sleurs de voortrekker is. Uiteraard belangt dat veel ministers aan, waaronder uw departement. In dat opzicht vraag ik u om de in het verleden genomen initiatieven inzake uw bevoegdheid voor gezondheidszorg te versterken, om zo ervoor te zorgen dat de aangiftebereidheid stijgt. Een hele groep zet zelfs niet eens de stap naar de hulpverlening, de arts of de politie. Dat is een eerste punt, waaraan zeker moet worden gewerkt. Uiteraard moeten we ook artsen en hulpverleners verder informeren over wat zij moeten doen en hoe zij hiertoe kunnen bijdragen.

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

04 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de klinische seksuologen" (nr. 1803)
- de heer **Richard Miller** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontbreken van een statuut voor seksuologen" (nr. 1888)
- mevrouw **Maya Detiège** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning

van de klinische seksuologen" (nr. 2100)

04 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des sexologues cliniciens" (n° 1803)

- M. Richard Miller à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence de statut pour les sexologues" (n° 1888)

- Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des sexologues cliniciens" (n° 2100)

04.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom nogmaals terug op dit dossier, dat in het verleden al vaak werd besproken in deze commissie. Naar aanleiding van de erkenning van de psychologen, de orthopedagogen en de psychotherapeuten hebben wij ook de klinisch seksuologen meegenomen in onze oefening. Uiteindelijk zijn zij in het finale voorstel gesneuveld. Dat had vooral te maken met twee redenen, namelijk met het feit dat de opleidingen in Franstalig België en Vlaanderen heel sterk verschillend waren en met het feit dat de toegang tot de master in de klinische seksuologie vaak niet-gezondheidsberoepen betreft, waardoor het KB nr. 78 weinig ruimte bevatte voor die erkenning.

Daarmee is het probleem echter niet opgelost. Maar dan achthonderd afgestudeerde klinisch seksuologen aan de KU Leuven zijn vandaag op het werkveld zeer actief. Ook daar zien wij dat de vraag naar erkenning blijft bestaan, zeker ook vanuit de toetsing inzake de bescherming van de patiënt. Het gaat over een specifieke, wetenschappelijk onderbouwde behandeling en wij willen er ook daar voor zorgen dat de patiënt de beste zorgen krijgt en niet in handen valt van mensen die niet de juiste opleiding hebben gekregen.

Mevrouw de minister, ik vermoed dat u op de hoogte bent van het probleem. Kunt u een initiatief nemen? Dat hoeft niet binnen het KB nr. 78 te gebeuren, hoewel u duidelijk de intentie hebt om binnen dat KB een en ander te herzien. Het kan evengoed gebeuren in het kader van de bijzondere beroepstitels, zoals dat gebeurde voor de psychotherapeuten. Met het oog op de bescherming van de vaak kwetsbare patiënt lijkt het mij nodig om in de toekomst tot een erkenning te komen.

04.02 **Richard Miller** (MR): Madame la présidente, je ne vais pas être très long puisque l'objet de ma question est celui que notre collègue vient de développer.

Moi aussi j'ai regretté qu'à la fin de la législature précédente, alors que différentes dispositions avaient été adoptées pour la reconnaissance des psychothérapeutes, il n'ait pas été possible d'y associer le statut des sexologues. À l'époque, je n'ai pas bien compris les arguments selon lesquels cette association de statuts était impossible.

Je pense qu'il existe aujourd'hui un véritable besoin en la matière, tout d'abord pour les motifs qui ont été évoqués par notre collègue, à savoir que pour celles et ceux qui ont suivi une formation, l'absence de statut est dommageable. Inversement, les patients ne sont pas à l'abri d'être pris en charge par des personnes qui n'ont pas reçu la formation ad hoc.

J'ajoute un point à ce qui a été dit.

Il me semble que l'évolution de notre société rend vraiment urgent le fait de donner un statut à ces personnes ayant suivi la formation de sexologue. En effet, on constate une régression chez les jeunes en matière de contraception. On constate par ailleurs une augmentation du recours à l'avortement comme méthode contraceptive. Il y a également un désarroi sexuel chez les jeunes face à la diversité culturelle de notre société – on va le dire ainsi – et face à l'omniprésence d'images pornographiques sur internet.

Madame la ministre, nous sommes en présence d'un dossier fort important et je compte sur vous pour y apporter une solution.

04.03 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb de erkenning van de klinisch seksuologen al eens aangehaald naar aanleiding van een vraag rond de uitvoering van de wet inzake de psychotherapie. U wist toen te melden dat u de uitbreiding naar seksuologen voorbarig vond. U vond het tegelijk een onprettig vooruitzicht dat iedereen zich seksuoloog kan noemen, dus ook personen die de opleiding niet hebben genoten. Concreet wil dit zeggen dat zij die niet correct werden opgeleid vandaag nog steeds zonder enige schroom mensen kunnen behandelen.

Thans dring ik aan op een regeling voor het erkennen van klinisch seksuologen en dit naar analogie van de regeling voor de psychotherapie. Het handigste is om deze regeling uit te breiden en seksuologen alsnog toe te voegen. In samenspraak met het Parlement en deze commissie kan dit enorm snel gaan.

Ik kom dan tot mijn vragen. Zult u op korte termijn een wettelijke regeling uitwerken voor de klinisch seksuologen? Het gaat inderdaad meestal om enorm kwetsbare patiënten. Ik meen dan ook dat zij recht hebben op een goede begeleiding door personen met de nodige expertise.

04.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Muylle, mijnheer Miller, mevrouw Detiège, over dit onderwerp werden inderdaad al vragen gesteld in deze commissie, meer bepaald tijdens de vergadering van 13 januari. Ook toen werd gevraagd naar een mogelijke erkenning, vlug en goed, van de seksuologen. Ik heb niet geantwoord dat dit voorbarig was, maar wel dat ik geen voorafname zou doen op de grote herziening van het KB nr. 78, door snel iets te regelen voor de seksuologen, die destijds in de laatste pennentrek buiten het parlementair goedgekeurd akkoord zijn gevallen.

J'ai répondu à l'époque que d'après moi, en fonction des priorités, une extension aux sexologues est actuellement prématurée. La remarque de Mme Detiège selon laquelle n'importe qui peut placer une plaque 'sexologue' sur sa façade sera prise en compte.

Ik neem dit mee en ik zal ook verder laten onderzoeken in welke mate het tot gevaarlijke praktijken zou kunnen leiden.

Het correcte antwoord op deze vraag werd gegeven tijdens de commissievergadering van 13 januari en daar sta ik nog altijd achter.

04.05 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, u hebt gelijk als u zegt dat het in de laatste pennentrekken van het voorstel gesneuveld is. De hoofdreden was, en dit is nog altijd een bekommernis, dat betrokkenen niet erkend konden worden via KB nr. 78, maar evenmin via het luik psychotherapie. Waarom? Omdat vandaag iedereen kan beginnen aan de masteropleiding aan de KU Leuven, ongeacht of hij of zij als vooropleiding rechten, gezinswetenschappen, psychologie of wat anders heeft gevolgd. Ook mensen met een niet-medische vooropleiding kunnen vandaag beginnen aan die masteropleiding. Het baarde ook ons zorgen om iemand te laten erkennen in de uitoefening van een gezondheidsberoep zonder dat die persoon hiervoor een basisopleiding voor een gezondheidsberoep zou hebben gevolgd. Wij hebben er dan ook voor gezorgd dat dit in beide stukken niet voorkwam. Ik blijf daar achter staan.

Weliswaar zijn er tegenwoordig op het terrein al achthonderd seksuologen actief. Er is duidelijk nood aan, en ik vermoed dat de nood enkel nog zal toenemen in de komende periode. De patiënten zijn kwetsbaar, en wij moeten misbruik vermijden.

Wat de psychologen betreft, jarenlang moest men een bepaald diploma hebben om de titel te mogen dragen. Het is misschien een piste om betrokkenen niet aan te duiden als gezondheidswerkers, om op korte termijn het probleem aan te pakken.

Ik blijf de bezorgdheid van de collega's op het terrein delen dat er zeker iets moet worden gedaan om de kwetsbare patiënten niet in de handen van charlatans te laten vallen. De jongste tijd krijg ik echter opnieuw echo's dat dit soms gebeurt. Het is niet altijd kwaad bedoeld, maar vaak starten mensen vanuit dergelijke groepen een initiatief. De vraag is altijd of zij voldoende vooropleiding hebben genoten om dergelijke zaken te doen.

04.06 **Richard Miller** (MR): Je remercie Mme la ministre pour sa réponse. Je retournerai lire la réponse qu'elle a donnée en commission le 13 janvier. Mais je maintiens qu'il y a une urgence vu l'état de cette problématique dans notre société multiculturelle contemporaine.

04.07 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, het feit dat ik de vraag herhaal toont aan dat ik ze echt urgent vind. Ik had gesprekken met een aantal seksuologen en zij zeggen dat het heel vaak gaat om personen met kleine of grote seksuele problemen, maar ook om personen die seksueel werden misbruikt, wat een zware impact op hen heeft. De vrees van de seksuologen is dat zij op een foute manier worden benaderd of behandeld.

Het is dan ook mijn taak, mevrouw de minister, om tot u in dit Parlement een oproep te doen om hiervan snel

werk te maken en een aantal zaken recht te zetten.

04.08 Minister **Maggie De Block**: Ik noteer de urgentie van dit dossier. Ik wil alleen zeggen dat al wat mij gevraagd wordt, zowel in de talrijke brieven, mails als gesprekken, als urgent wordt ervaren.

La **présidente**: J'ai également suivi ce dossier. L'un des arguments avancés consistait à dire que les psychologues cliniciens, tout comme les psychothérapeutes, pouvaient se spécialiser en sexologie ou s'orienter vers ce type de thérapie. Ce faisant, ils pouvaient revendiquer le titre de psychologue clinicien spécialisé en sexologie ou de psychothérapeute spécialisé en sexologie.

Cette question a été mise sur la table lors de la discussion de la loi relative aux cliniciens orthopédagogues et psychothérapeutes.

Je vous invite à relire le rapport des débats qui ont eu lieu à l'époque. Vous y trouverez peut-être des renseignements complémentaires susceptibles d'apporter des éléments de réponse.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging van de resolutie van een betere behandeling van de fibromyalgiepatiënten" (nr. 1837)

- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de open brief van de universiteiten over CVS/ME" (nr. 1874)

05 **Questions jointes de**

- Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi de la résolution visant à une meilleure prise en charge des patients souffrant de fibromyalgie" (n° 1837)

- Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lettre ouverte des universités au sujet du SFC/EM" (n° 1874)

05.01 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, wij hebben tijdens de vorige legislatuur een aantal initiatieven genomen, waaronder de goedkeuring in 2011 van een resolutie over de erkenning van het fibromyalgiesyndroom en een betere, alomvattende behandeling van de fibromyalgiepatiënt.

Die resolutie was het resultaat van een rondetafelconferentie met een aantal collega's-Parlementsleden. Ik denk zelfs met u, mevrouw de minister. De resolutie vroeg de regering om een aantal belangrijke maatregelen te nemen voor de patiënten. Tweeënhalf procent van de Belgische bevolking wordt immers getroffen door het fibromyalgiesyndroom. Jammer genoeg ontwikkelen steeds meer jongeren de ziekte. Zorgwekkend en problematisch is dat de ziekte vooralsnog wordt miskend. Een duidelijke oorzaak voor de aandoening heeft men nog niet kunnen achterhalen, maar de symptomen zijn duidelijk: een verhoogde spierspanning, een tekort aan voedingsstoffen en enzymen, een verlaging van 30 % van de hoeveelheid groeihormonen, psychologische factoren, infecties, zuurstoftekort, slaapttekort, voedingsallergieën enzovoort.

De aandoening leidt vaak tot beroepsverlies en sociaal isolement, ondanks het feit dat heel wat van die patiënten graag wil werken.

Mevrouw de minister, ik wil een aantal vragen herhalen die we toen samen met een aantal Parlementsleden stelden in de resolutie.

Hoever staat het met de studie over de behandeling van chronische pijn? Werd die al gepubliceerd? Wat zijn de aanbevelingen? Werden de aanbevelingen geïmplementeerd?

Hoever staat het met het programma "Voorrang aan de chronisch zieken"? Zijn er daar vorderingen? Is het systeem al verbeterd? Is dat nog steeds in gebruik? Zijn artsen en/of specialisten al geëvolueerd in hun omgang met patiënten die lijden aan fibromyalgie? Kunnen we hier *good practices* vinden die we ook bij andere chronische ziekten kunnen toepassen?

Hoever staat het met de campagne rond fibromyalgie bij de experts? Wordt hieraan meer aandacht besteed? Wordt de kennis ook meegegeven aan de controleartsen van ziekenfondsen en het RIZIV, die de patiënten moeten screenen inzake hun capaciteiten om al dan niet te werken?

05.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Detiège, ik heb inderdaad met veel belangstelling kennisgenomen van de open brief van de universiteiten over CVS of, anders genoemd, myalgische encefalomyelitis. Die open brief bepleit vooral de noodzaak aan wetenschappelijk onderzoek rond CVS of myalgische encefalomyelitis en dat is natuurlijk de bevoegdheid van de staatssecretaris voor Wetenschapsbeleid, de diverse ministers van Onderwijs en de universiteiten zelf.

CVS en ook fibromyalgie zijn volgens verschillende metastudies nog onvoldoende bekende aandoeningen en daardoor bestaan er verschillende opvattingen over de oorzaak, de aard en de behandeling van de aandoeningen. Er is dus nog veel nood aan wetenschappelijk onderzoek dat de etiologie van die ziekten uitklaart en dat ten grondslag ligt van een nieuwe en betere curatieve behandeling. Het is niet alleen een onderzoeksdomain voor de Belgische universiteiten, maar ook onderzoekers in het buitenland zijn daarmee bezig.

Desondanks bestaan in ons land reeds vele jaren gunstigere terugbetalingsmodaliteiten voor kinesithérapie, vanwege het gunstig effect van graduele oefentherapie bij een deel van de CVS-patiënten. Ook cognitieve gedragstherapie is voor bepaalde CVS-patiënten om die reden jarenlang terugbetaald geweest via de vroegere CVS-referentiecentra. Via de nieuwe diagnostische centra voor CVS zou de cognitieve gedragstherapie normaliter opnieuw kunnen worden terugbetaald.

Daarnaast realiseerde het plan "Voorrang aan de chronisch zieken" doelstellingen die ook de patiënten met CVS en fibromyalgie ten goede zouden kunnen komen. Ik denk hierbij in het bijzonder aan de overeenkomsten voor de multidisciplinaire centra voor chronischepijnbestrijding, gerealiseerd op 1 juni 2013. Het rapport "Tenlasteneming van de chronischepijnpatiënt, verleden, heden en toekomst" stelt de krachtlijnen voor de evaluatie en opvang van chronische pijn op basis van een biopsychosociaal model voor. Het rapport is een referentiewerk voor zorgverleners die met pijnpatiënten worden geconfronteerd. Het verduidelijkt ook de knelpunten in verband met de opleiding en de vorming. Ik nodig de betrokken Gemeenschappen ook uit om die leemten in te vullen.

Op het ogenblik bestaan er geen formele richtlijnen voor de adviserend geneesheren voor de opvang van CVS- en fibromyalgiepatiënten, maar zij kunnen ook een beroep doen op de handleiding ter evaluatie van de arbeidsongeschiktheid bij die aandoening.

Bij de Technische Geneeskundige Raad en de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV werd ook een werkgroep opgericht om richtlijnen te bepalen voor onder meer CVS en fibromyalgie. Een ontwerptekst wordt voorgesteld op de volgende voltallige zitting van de Technische Geneeskundige Raad begin maart 2015.

Als de Technische Geneeskundige Raad die leidraad goedkeurt, wordt die vervolgens aan de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit voorgesteld en daarna aan de beide beheerscomités van de Dienst voor uitkeringen en de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. Het RIZIV zal daarna een communicatieplan uitwerken.

Tot slot wens ik een aantal maatregelen te nemen die alle patiënten met een ernstige chronische aandoening ten goede komen. In november 2013 kwam tijdens de nationale conferentie het plan "Zorg voor de chronische zieken" tot stand. Op het moment zetten de verschillende administraties de aanbevelingen die de chronische patiënt beter moeten omkaderen, in concrete maatregelen om. Dat geldt ook voor CVS- en fibromyalgiepatiënten.

05.03 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik heb het gevoel dat u de chronische patiënten ernstig neemt, een groep die al jaren in de kou blijft. Dit was ook de hoofdboodschap in het Parlement, om ook naar die patiënten te luisteren.

Er komt over enkele weken een discussie over de aanbevelingen inzake chronische vermoeidheid. Ik vermoed dat wij daar meer interactie kunnen hebben en een en ander op elkaar kunnen afstemmen.

05.04 Minister **Maggie De Block**: Ik krijg veel vragen over CVS, fibromyalgie, chronische vermoeidheid, lyme en chronische lyme. Ik zou dat graag uit elkaar halen. Dat zijn allemaal verschillende aandoeningen. Het *evidence based* onderzoek is zeer verscheiden.

Wij moeten met het oog op de patiënten vermijden dat wij alles op één tafel gooien, want dat komt hun niet ten goede. De meeste patiënten doen er heel lang over om hun diagnose te kennen. Dan begint de strijd pas.

Het is beter om aan de patiënt toe te geven dat men de aard van de aandoening nog niet kent, maar dat men zoekende is. Zeg niet dat het misschien de ziekte van Lyme, misschien CVS of misschien fibromyalgie is. Dan is de patiënt immers helemaal het noorden kwijt en wordt hij echt van het kastje naar de muur gestuurd.

05.05 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, ik kan u geruststellen, want de opsplitsing is al enkele jaren geleden gebeurd. Toen we in 2011 zijn gestart met de discussie rond fibromyalgie, CVS en later ook de ziekte van Lyme, hebben wij doelbewust voor de opsplitsing gekozen. CVS-patiënten kunnen immers aan fibromyalgie lijden, maar het is wel een andere aandoening. Om die reden hebben wij altijd aparte resoluties opgemaakt. Vandaag doe ik de opsplitsing opnieuw.

Wij zullen nog debatten voeren over chronische aandoeningen. Kenmerkend is wel dat patiënten het heel moeilijk hebben, omdat zij niet au sérieux worden genomen. In die zin zijn fibromyalgie, CVS en de ziekte van Lyme spijtig genoeg wel gelijk aan elkaar. Ik dank u alleszins voor uw antwoord.

La présidente: En examinant notre ordre des travaux avec mes deux coprésidentes, Mme Van Camp et Mme Muylle, il apparaît que nous pourrions déjà commencer la semaine prochaine les travaux sur les résolutions concernant la fatigue chronique. Je propose à ceux qui ont déposé des textes d'être prêts pour le 10 mars. Ceci fait partie des propositions prioritaires retenues.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- **M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement du Fonds des Accidents Médicaux" (n° 1892)**
- **Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échec du Fonds des Accidents Médicaux" (n° 1901)**
- **Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds des Accidents Médicaux" (n° 1972)**
- **M. Franky Demon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds des Accidents Médicaux" (n° 2306)**

06 Samengevoegde vragen van

- **de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 1892)**
- **mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het echec van het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 1901)**
- **mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 1972)**
- **de heer Franky Demon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 2306)**

06.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, pour alléger les travaux de la commission, je souhaiterais transformer ma question n° 2634 en question écrite.

La présidente: D'accord, j'en prends acte.

06.02 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, en 2010, nous avons créé le Fonds des Accidents Médicaux pour pallier la lenteur des tribunaux et permettre aux patients lésés d'être indemnisés plus rapidement. Une vingtaine de personnes y travaillent. À ce jour, 2 513 dossiers y ont été envoyés.

Cela dit, selon mes informations, à peine une dizaine de dossiers ont été clôturés à ce jour. Il en découle une lenteur encore plus grande que dans les tribunaux – c'est peu dire –, alors que nos intentions en 2010 étaient de traiter l'ensemble des dossiers en moins d'un an. Nous connaissons évidemment d'autres cas similaires.

Nous pouvons donc parler d'un échec important, qui inquiète les professionnels du secteur, mais également les patients qui devraient être les premiers bénéficiaires de cette initiative que j'estime louable.

Mes questions sont assez simples, madame la ministre. Pouvez-vous me confirmer les chiffres que je viens de citer? Comment expliquer que si peu de dossiers aient été traités? Ensuite, il semblerait que le cadre du Fonds devrait passer prochainement de vingt à quarante personnes. Or, selon la Chambre syndicale des médecins, le Fonds aurait du mal à recruter des médecins et des juristes, en raison de conditions financières trop faibles. Qu'en dites-vous?

06.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb veel gelijkaardige opmerkingen, dus ik zal niet alles herhalen.

Het Fonds voor de Medische Ongevallen werd inderdaad in 2012 opgestart. De bedoeling is, zoals mijn collega ook heeft gezegd, om een vergoeding voor slachtoffers van medische fouten te versnellen, omdat zij vroeger zeer lang moesten wachten op een uitspraak en dus ook op hun geld. Ik heb dezelfde cijfers als mijn collega teruggevonden in een artikel.

Wat mij nog meer verontrust, is dat ook het jongste jaarverslag op de site enkel over de eerste zeven maanden van hun werking blijkt te gaan, terwijl het verslag toch een volledig jaar zou moeten beslaan. Over 2013 en 2014 werden er nog geen cijfers vrijgegeven.

Tegelijkertijd lees ik dat de toestroom van nieuwe aanvragen enorm is. Het zou zelfs gaan om zowat honderd dossiers per maand. Over eventueel afgehandelde dossiers is niets terug te vinden.

Mevrouw de minister, daarom wil ik u vragen of u kunt zeggen hoeveel dossiers er reeds werden ingediend en in welke fase van behandeling die dossiers zich bevinden. Hoeveel dossiers zijn er verwerkt? Hoeveel bedraagt het gemiddeld uitgekeerde bedrag? Hoeveel van die uitgekeerde bedragen konden worden teruggevorderd bij de verzekeraar van de betrokken arts?

Over welk budget beschikt het fonds? Met die vraag sluit ik aan bij de bezorgdheden van mijn collega, of er wel voldoende middelen zijn.

Hoe zit het met de verplichting om jaarrapporten te publiceren?

Vindt u ook, tenzij u een heel goed antwoord hebt, dat het fonds eens grondig geëvalueerd moet worden op zijn werking en indien nodig bijgestuurd moet worden? De invoering van dat fonds was een goed principe en een zeer goed idee, maar ik vraag mij af of alles op dit moment ook zo goed werkt.

06.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, de hele voorgeschiedenis van het Fonds voor de Medische Ongevallen hebben wij hier allemaal ook meegemaakt. Mijn parlementaire voorgangster, Yolande Avontroodt, heeft meermaals mee op die nagel geklopt. Toen het fonds opgericht werd en in 2012 operationeel werd, dachten wij dat de moeilijkste bevalling achter de rug was, maar nu blijkt er toch nog een vervolg op te komen.

Het Fonds voor de Medische Ongevallen heeft tussen zijn operationele start in september 2012 en februari 2015, 2 583 dossiers ontvangen. Daarvan zijn 365 dossiers, of 14 %, behandeld.

Het RIZIV zal in de loop van 2015 de werking van het fonds dan ook verder op kruissnelheid brengen om de opgelopen achterstand weg te werken. Het is belangrijk voor de patiënt, die stilaan zijn weg vindt naar het Fonds voor de Medische Ongevallen, dat dit gebeurt en het is ook een goede zaak, want de patiënten kunnen nu in zeer moeilijke, delicate situaties toch hun verhaal doen als er tijdens medische procedures iets is fout gelopen.

Wat de genomen beslissingen betreft, in 136 van de 365 dossiers die momenteel afgesloten zijn, werd ofwel beslist dat een zorgverstrekker al dan niet verantwoordelijk is voor het medisch ongeval, ofwel dat een medisch ongeval heeft plaatsgevonden, maar dat er geen verantwoordelijke kan worden aangeduid. Voor 10 van de 136 dossiers loopt een procedure voor het toekennen van een schadevergoeding. De 229 andere dossiers zijn afgesloten, meestal nadat zij onontvankelijk werden verklaard. Negen van de 2 583 dossiers waren gewone verzoeken om informatie.

Het is al gezegd dat het Fonds voor de Medische Ongevallen werd opgericht bij wet van 1 april 2010. Vanaf dat moment is het fonds bevoegd voor medische ongevallen. Het duurde echter nog tot september 2012 vooraleer het fonds operationeel aan de slag kon gaan en de nodige uitvoeringsbesluiten werden gepubliceerd.

Het heeft nog veel langer geduurd om het personeelskader in te vullen. Het is bijzonder moeilijk gebleken om het netwerk van experten samen te stellen, gelet op de grote waaier van expertises die nodig is binnen het fonds. Artsen die uiterst gespecialiseerd zijn, zoals neurochirurgen of gynaeco-urologen, aarzelden om op te treden als deskundigen. Dat is nu opgelost door de specialisten te laten samenwerken met artsen die gewoon zijn om expertises uit te voeren.

Deze knelpunten hebben de werking van het fonds vertraagd, maar het RIZIV stelt alles in het werk om het personeelskader verder aan te vullen, zodat in de toekomst maandelijks een honderdtal dossiers zou kunnen worden behandeld. Het fonds telt nu dertig personeelsleden en is momenteel nog vijftien nieuwe werknemers aan het rekruteren.

Le rapport annuel 2013 devrait, finalement, être rendu en mars 2015. Le rapport 2014 sera rendu, quant à lui, dans les délais prévus, à savoir fin juin 2015. Ces rapports feront le point de manière complète concernant le temps moyen de traitement des dossiers.

Comme je l'ai dit, l'INAMI met tout en œuvre, malgré un cadre budgétaire difficile avec ce que cela a comme conséquence en termes de personnel, afin de permettre au Fonds de relever les défis en matière de missions d'assurance sociale et de service public grâce à un traitement de qualité des dossiers et en faisant preuve d'efficience, dans un délai plus compatible avec les attentes importantes des demandeurs et des prestataires éventuellement mis en cause.

Gezien de budgettaire noden lopen de aanwervingen binnen de globale financiële enveloppe die aan het Fonds werd toegekend. Deze enveloppe bevat inderdaad zowel de middelen voor de missie als voor de werking van het fonds.

De evolutie van de missie, dat wil zeggen het volume aan externe expertise, de hoogte van de toegekende schadeloosstellingen, het bepalen van de snelheid om dossiers te behandelen enzovoort, is ook het onderwerp van een permanente monitoring om de budgettaire noden te analyseren.

Het is al gezegd. Men is met een achterstand begonnen. Het was een heel moeilijke bevalling en het fonds heeft heel veel zware kinderziekten doorlopen. Ik denk dat nu de grootste achter de rug zijn, dat we de achterstand kunnen beginnen inhalen en de wachttijd van de beslissingen kunnen inkorten.

06.05 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'avais intitulé ma question "L'échec du Fonds des Accidents Médicaux". Je vous remercie pour les éclaircissements que vous nous avez apportés. Grâce à la chronologie que vous avez établie, nous avons compris qu'il n'était pas évident de le rendre opérationnel après qu'il ait été avalisé par le Conseil des ministres en 2010.

J'ai bien entendu que les premiers apports financiers et les premières mesures d'opérabilité avaient seulement pu se faire en 2012. Je peux comprendre cela. Je suis très contente de l'exhaustivité de votre réponse. Je suis bien placée pour témoigner qu'il est complexe pour un non-initié de désigner des experts très spécialisés pour chaque type d'accident médical qui pourrait survenir.

Il fallait donc un certain laps de temps. J'entends aujourd'hui que les choses se sont mises en place et que des moyens ont été trouvés, ce pourquoi je vous remercie. Un rythme de croisière a été trouvé depuis cette année en ce qui concerne non seulement l'absorption des dossiers en retard mais également la prévention à l'avenir de retards trop importants dans le traitement des dossiers.

Madame la ministre, suite à vos éclaircissements, je serai évidemment très attentive, mais je suis aussi rassurée du fait que vous prêtez une attention certaine aux suites qui y seront données.

Voorzitter: Nathalie Muylle.

Présidente: Nathalie Muylle.

06.06 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Begrijp ik het goed dat

er op dit moment nog geen enkele schadevergoeding is uitgerekend? Die tien dossiers lopen dus. Als ik het goed gehoord heb, zijn er 136 zaken waarin een uitspraak gedaan werd, in de zin dat het over een medische fout gaat, al dan niet met een fout van de zorgverstrekker, en 229 zaken die onontvankelijk werden verklaard.

Ik blijf het idee van het Fonds voor de Medische Ongevallen absoluut goed vinden. Ik kan wel begrijpen dat het moeilijk is om het personeelskader samen te stellen en dat er op dat vlak een achterstand is. Ik vraag mij wel af of het verhogen van de kruissnelheid tot honderd dossiers per maand realistisch is, als men ziet hoeveel dossiers er nu behandeld zijn, maar het is zeker een goed streefdoel.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Collega Jadin, uw vraag nr. 2634 over zeldzame ziekten is een samengevoegde vraag. Daarom kan ze niet worden omgezet in een schriftelijke vraag.

07 Interpellation de Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les informations recherchées via le cadastre des médecins" (n° 15)

07 Interpellatie van mevrouw Muriel Gerken tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de informatie die wordt opgezocht via het kadaster van de artsen" (nr. 15)

07.01 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, vous avez annoncé un cadastre dynamique des médecins pour juin 2015, celui-ci devant nous donner des informations qui permettront de mieux cerner la réalité des prestations des médecins ainsi que leur couverture territoriale.

Sachant que le SPF Santé publique travaille à l'élaboration de ce nouvel outil cadastral et que la manière dont il va travailler sera déterminante pour évaluer le nombre de médecins nécessaire et rencontrer les besoins, il serait intéressant d'identifier maintenant les données significatives dont nous voulons disposer.

Je souhaiterais dès lors vous interroger sur la nature des investigations qui seront poursuivies et qui auront certainement été discutées entre le SPF et vous-même. De quelles données, par spécialisation, la Commission de planification pourra-t-elle au minimum disposer? Certaines informations étant évidentes, d'autres le sont peut-être moins. Y a-t-il des informations relatives à l'âge, au sexe, au nombre de consultations. Il est important d'avoir des informations quant au nombre d'heures passées au travail de consultation mais aussi au temps passé à d'autres activités médicales, telles que l'ONE, Kind en Gezin, la maladie scolaire, le planning familial, la promotion de la santé, etc.

Il est également intéressant de connaître les lieux d'activité, de savoir où le médecin preste avec les temps partiels correspondants lorsque celui-ci travaille à la fois en milieu hospitalier et en cabinet privé. Il est utile que ce cadastre reprenne s'il s'agit de deux mi-temps ou d'un trois-quarts temps et d'un quart temps. De même, preste-t-il de manière isolée ou groupée? Dans une maison médicale ou dans un cabinet isolé?

Il serait aussi intéressant d'avoir des projections entre un et trois ans sur les modifications que les médecins envisagent quant à la nature de leur activité ou leur temps de travail. Je prends notamment l'exemple d'un médecin qui désire arrêter son activité car il arrive à l'âge de la retraite et souhaite la prendre dans un ou deux ans. Celui-ci voudra peut-être réduire son temps de travail, de manière aussi à pouvoir anticiper sur la modification de l'offre médicale à court terme dans la région où il exerce. Nous pourrions ainsi croiser et corréler ces différentes données pour organiser l'offre de soins.

Madame la ministre, quelles seront les questions posées? Quelles données pourront-elles être rassemblées en vue d'établir un vrai cadastre dynamique des médecins?

07.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerken, le cadastre des médecins actifs ou cadastre enrichi, sera en effet disponible à la mi-2015. Il consiste en un couplage anonyme de plusieurs bases de données: premièrement, celle de la banque de données fédérale des professionnels de soins de santé; deuxièmement, celle des prestations INAMI et, troisièmement, celle du *data warehouse* "marché du travail et protection sociale" gérée par la Banque carrefour de la sécurité sociale. La constitution d'un tel couplage a été initiée voici plus d'un an. Une demande détaillée décrivant toutes les données et sources a été introduite auprès du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé de la Commission pour la protection de la vie privée, en octobre 2013. Ce comité sectoriel a dû se prononcer sur les variables demandées et a parfois

procédé à des réajustements pour garantir l'anonymat des données.

Ainsi, concrètement, les âges des professionnels ont été groupés par catégories de cinq ans et les nationalités ont également été regroupées par grands groupes d'origine, c'est-à-dire nord, sud, est et ouest de l'Europe, dans un souci de ne pas pouvoir identifier les professionnels dans des tableaux d'analyse comprenant de trop petits effectifs. Bien entendu, les variables obtenues sont également dépendantes des données enregistrées dans les différentes bases de données originelles.

Nous n'avons pu obtenir que les variables qui étaient bien enregistrées dans la base de données principale de ces différents organismes. Les dernières données brutes ont été reçues par le SPF en juillet 2014. Un important travail de préparation de données (contrôle et couplage) et d'analyse a été réalisé depuis lors.

Actuellement, mon administration procède à la rédaction des rapports du couplage en étroite collaboration avec le groupe de travail "médecins" dans la Commission de planification. Chacune des trente-sept spécialités médicales reconnues fera l'objet d'un rapport détaillé reprenant notamment la pyramide des âges, le genre, la nationalité, le pays d'origine, la province de domicile, les différents secteurs d'activité et les équivalents temps plein s'y rapportant.

Les analyses s'opèrent par genre, âge, région de domicile, nationalité, pays d'obtention du diplôme, secteur d'activité (dans ou hors INAMI, dans ou hors hôpital). En ce qui concerne les lieux d'activité, ceux-ci ne sont pas établis géographiquement. Seule la variable "lieu de domicile" permet de répartir géographiquement les professionnels de la santé. Par contre, nous disposons, par la répartition, de leur activité INAMI entre le secteur hospitalier et ambulatoire.

À côté de cela, nous pouvons également déterminer l'activité salariale des professionnels ainsi que le secteur qui s'y rapporte.

En collaboration avec l'INAMI et l'Agence intermutualiste, mes services développent actuellement une méthodologie destinée à améliorer l'examen des pratiques des professionnels de la santé afin d'intégrer ces données dans un système de couplage permanent à définir. L'objectif est de pouvoir observer la force de travail dans le secteur de la santé et de baser la planification sur ces données exactes.

Nous serons aussi en mesure de déterminer le cumul d'activités et la part des équivalents temps plein à imputer dans ces différents secteurs.

Vous m'interrogez ensuite sur la possibilité de projeter sur un à trois ans la modification du temps de travail, selon le type des prestations. Il s'agit de données d'une nature tout à fait différente. Pour les connaître, il faudrait mener des enquêtes dont le coût serait disproportionné par rapport à l'usage que nous pourrions en faire.

Le cadastre des médecins actifs consiste en une photographie détaillée de leur activité en Belgique, décrivant la situation actuelle et son évolution historique pour la période 2004-2012. Pour envisager la force de travail à l'avenir, nous avons développé une méthodologie spécifique. Le cadastre des médecins actifs sert de base aux scénarios futurs au moyen d'un modèle mathématique utilisé par la Commission de planification. Il permet des projections de l'évolution de la force de travail. Les scénarios envisagés tiennent compte de l'évolution démographique, du vieillissement des personnes actives, mais aussi de la population en général et de la modification de la consommation des soins qui en découle.

Ces hypothèses sont développées au sein du groupe de travail "médecins" de la Commission de planification et constituent les travaux qui seront menés par ce groupe et l'administration après l'obtention du cadastre.

Pour votre information, je signale que les mêmes travaux sont en cours pour les dentistes, avec un décalage de quelques mois.

Pour cette spécialisation, ce sera peut-être un peu plus compliqué.

Au total, on compte plus de trente-sept spécialités médicales. Le travail doit être effectué pour chaque spécialisation; il est donc immense.

07.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il est vrai que le travail est immense. Il est d'ailleurs assez étonnant que l'on n'ait pas essayé d'organiser les données plus tôt. En effet, l'idée d'un cadastre a été émise voici une dizaine d'années, me semble-t-il. Je me souviens avoir posé une question écrite – je pense que c'était la première du genre – entre 2004 et 2006. Ma question visait à obtenir un relevé des médecins par commune. À l'époque, j'ai dû attendre six mois pour obtenir une réponse car cela a nécessité une recherche commune par commune. Cela dit, je me félicite que les choses avancent.

Par ailleurs, je constate qu'il est question, aujourd'hui, de données plus complètes et croisées. Néanmoins, certains éléments suscitent mon étonnement. En effet, un cadastre, c'est la photographie de la situation existante. Mais si l'on veut qu'il soit un outil dynamique, il doit aussi permettre d'anticiper et d'organiser.

Vous avez déclaré que des modèles mathématiques qui intégreront différentes données seront utilisés et que les besoins futurs seront pris en compte. Or, les pratiques sont en train de changer. On sait qu'un grand nombre de médecins ont plus de 55, voire 60 ans. Il est donc important de savoir s'ils ont l'intention de s'arrêter à 65 ans ou s'ils pensent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'ils n'en puissent plus. Il est également important de savoir s'ils comptent diminuer leur activité professionnelle pour, finalement, passer le relais à des médecins plus jeunes. Cette donnée me semble indispensable si l'on veut que la planification corresponde aux besoins et que l'on procède à une réelle organisation.

Par ailleurs, il me paraît important de connaître les lieux d'activité. Connaître le lieu du domicile ne suffit pas. Le lieu de travail est d'autant plus important que, dans le cadre de la réorganisation des hôpitaux, par exemple, on fera appel à des médecins spécialistes qui n'habitent pas dans la région où se situe l'hôpital où ils sont appelés à exercer leur activité.

Ce qui m'intéresse, ce n'est pas de savoir où habitent les médecins, mais où ils pratiquent, où ils offrent des soins. Je trouve que c'est une donnée dont il faudrait également disposer, mais je sais que certains médecins sont opposés à ce qu'on puisse faire le lien entre leur lieu d'activité et leur domicile. Il me semble que ces éléments manquent.

Je souhaiterais une précision. Vous dites qu'il sera tenu compte des activités INAMI et des activités hors INAMI; c'est bien. À partir de là, ces éléments seront traduits en équivalents temps plein. Cet équivalent temps plein va-t-il être calculé comme l'INAMI l'a fait récemment, sur base du nombre moyen de consultations d'un médecin après X années? Un médecin ayant donné moitié moins de consultations sera-t-il considéré comme exerçant un mi-temps? C'est de nouveau un modèle mathématique qui ne part pas de la réalité du terrain. Ou la définition de l'équivalent temps plein tiendra-t-elle compte de la pratique individuelle des médecins sur base des données répertoriées et rassemblées dans un dossier?

Votre réponse contient des éléments positifs; mais il y manque selon moi les éléments que je viens d'évoquer. Ma motion de recommandation consiste simplement à demander à ce que ces données figurent dans le cadastre. Vous en rencontrez certaines; d'autres manquent et vous avez donné vos raisons. J'aimerais vraiment qu'elles y soient. Je vais déposer cette motion de recommandation.

Peut-être souhaitez-vous ajouter un élément au sujet des équivalents temps plein?

07.04 Minister Maggie De Block: Ik kan u alleen zeggen dat men nog nooit een dergelijke methodologie heeft ontwikkeld; ik denk dat het een heel andere manier van berekenen zal zijn.

Het is een heel groot werk. Op dit ogenblik, nu we de zaken bijna aan het finaliseren zijn, ga ik het werk niet bemoeilijken door te zeggen dat nog een andere variabele moet worden toegevoegd.

Het is een heel grote oefening geweest. Er zijn tal van adviezen ingewonnen. Een van de leden van de Planningscommissie heeft mij gezegd dat ze nog nooit zoveel informatie heeft kunnen verwerken en combineren. Ik meen dat het nu belangrijk is, ook gelet op de urgentie waarop ik al een paar weken word gewezen, om een oplossing op lange termijn te vinden voor het overtal aan Franstalige studenten.

Een deel daarvan heeft honderd liter bloed van een of andere origine op de gevel van de Financietoren gekwakt. Ik heb daar begrip voor, alhoewel het toch wat deftig mag blijven. Men heeft het recht om te protesteren, maar om honderd liter bloed op een trottoir te kwakken, vind ik erover.

Alles bij elkaar moet dit werk worden voortgezet en uitgevoerd, en dan kunnen wij de discussies verder aangaan. Er zal rekening worden gehouden met de noden en met de veroudering, zowel van het medisch korps als van de bevolking. We weten dat dit variabelen zijn waarmee we in de toekomst zullen worden geconfronteerd.

Ik denk dat we nog nooit zover zijn geraakt en dat we nu het vertrouwen moeten schenken aan de methodologie, aan het werk van de Planningscommissie en van al wie erbij betrokken is.

Moties **Motions**

La **présidente**: En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.
Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Une motion de recommandation a été déposée par Mmes Anne Dedry et Muriel Gerkens et est libellée comme suit:

“La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de Mme Muriel Gerkens
et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement
que le cadastre des médecins attendus pour juin 2015, contienne au minimum, par spécialisation, les données suivantes,
que ces données puissent être corrélées
et qu'elles soient actualisables de manière dynamique et permanente:
- âge,
- sexe,
- nombre de consultations,
- temps (en nombre d'heures) consacré au travail de consultation ainsi qu'à d'autres activités médicales comme l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) ou Kind en Gezin, médecine scolaire, planning familial, promotion de la santé ou autre,
- lieu(x) d'activité et les *part time* y correspondant: un ou plusieurs cabinets, hôpital, combinaison hôpital-cabinet, maison médicale, etc,
- projection dans les 1 à 3 ans de modification du temps de travail et/ou de la nature des prestations et/ou de changement de lieu d'activité afin d'anticiper ces modifications, comme un départ à la retraite ou un ralentissement d'activité,
l'objectif étant d'améliorer la connaissance de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière par zones géographiques.”

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de dames Anne Dedry en Muriel Gerkens en luidt als volgt:

“De Kamer,
gehoord de interpellatie van mevrouw Muriel Gerkens
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
vraagt de regering
dat het kadaster van de artsen, dat tegen juni 2015 klaar zou zijn, per specialisatie ten minste volgende gegevens zou bevatten,
dat die gegevens bovendien onderling kunnen worden gecorreleerd
en voortdurend kunnen worden geactualiseerd:
- leeftijd,
- geslacht,
- aantal consultaties,
- tijd die wordt besteed aan consultaties (in uren) en aan andere medische activiteiten zoals activiteiten voor ONE of Kind en Gezin, schoolgeneeskunde, gezinsplanning, gezondheidsbevordering en dergelijke,
- plaats(en) van activiteit en de daarmee overeenstemmende parttimeactiviteiten: een of meerdere praktijken, ziekenhuis, combinatie ziekenhuis en praktijk, gezondheidscentrum enz.,
- vooruitblik tot drie jaar op een wijziging in de werktijden en/of de aard van de prestaties en/of de plaats van activiteit teneinde op die wijzigingen - bijvoorbeeld een pensionering of een vermindering van de activiteiten - te kunnen anticiperen,
met als doel de kennis over het zorgaanbod in de ziekenhuizen en het ambulante aanbod per geografische zone te vergroten.”

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Nathalie Muylle et Yoleen Van Camp et par MM. Dirk Janssens et Richard Miller.

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Nathalie Muylle en Yoleen Van Camp en door de heren Dirk Janssens en Richard Miller.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.
Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

08 **Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problemen inzake de eenheidstarifiering voor terugbetaalde geneesmiddelen" (nr. 1933)**

08 **Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes liés à la tarification à l'unité pour les médicaments remboursés" (n° 1933)**

08.01 **Jan Vercammen (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de eenheidstarifiering voor terugbetaalde geneesmiddelen is geprogrammeerd om op 1 april 2015 van start te gaan. Dicht bij de uitvoering ervan horen wij echter waarschuwende geluiden van verontruste apothekers die ons contacteren.

Hoewel de apothekers absoluut met het achterliggende idee akkoord gaan, worden wij geconfronteerd met het gegeven dat het ontwerp dat vandaag op tafel ligt, enigszins haaks staat op de realiteit op de werkvloer. Alle risico's liggen heden bij de apotheker. Financieel is er dan ook grote ongerustheid.

Vertegenwoordigers van het RIZIV, van de verzekeringsinstellingen, van de APB en van OPHACO hebben de ontwerpen tegen het licht gehouden. De ontwerpen lijken er niet echt in te slagen de eenheidstarifiering om te vormen in een vergoedingssysteem dat zowel praktisch als financieel haalbaar is voor elke apotheker die momenteel aan een woonzorgcentrum levert.

De belangrijkste problemen zijn de volgende. Er is, ten eerste, het staken van geneesmiddelen. Wat wordt met het overschot gedaan? De apotheker heeft daar een probleem mee. Er is ook een probleem met het eventueel hergebruik van bestaande stocks bij de mensen thuis. Kortverblijven zijn moeilijk omdat de mensen door de snelle rotatie buiten het systeem kunnen vallen.

Ook zijn er vragen over de honorariummassa die volgens de berekeningen misschien onvoldoende is. Op dat vlak bereiken ons onrustwekkende berichten.

Blijkbaar worden dergelijke akkoorden ook op een vreemde manier tot stand gebracht. Er is blijkbaar ergens overleg tussen een aantal partijen die tot een akkoord komen. Het democratisch parlementair proces wordt eigenlijk *gebypasst*. Voor de minister volstaat een dergelijk akkoord echter vaak om door te zetten wat is afgesproken.

Daarom heb ik de volgende, voor mij voor de hand liggende vraag.

U bent via een aantal kanalen reeds van deze problematiek op de hoogte gebracht. Welke actie zal u, gezien de macht die bij u ligt, ondernemen? Kiest u ervoor de huidige plannen door te drukken en/of zal u naar de klachten van de mensen op het veld luisteren?

08.02 **Minister Maggie De Block:** Mijnheer Vercammen, ik dank u voor uw vraag. U weet dat mijn voorganger daarover al een beslissing had genomen. Het is tussen twee ministers gepasseerd. De praktische modaliteiten van de tarifiering per eenheid van vergoedbare farmaceutische specialiteiten met een oraal-vaste vorm afgeleverd aan RVT- en ROB-residenten door de officina-apotheker werden dan ook in consensus uitgewerkt in de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen – dat is de overlegcommissie waarnaar u hebt verwezen – maar ook in technische werkgroepen met vertegenwoordigers van beroepsorganisaties van apothekers, de verzekeringsinstellingen en de tarifieringsdiensten.

Voorzitter: Muriel Gerkens.
Présidente: Muriel Gerkens.

Het dossier werd ook besproken in de vergaderingen van een gemengde werkgroep van de

Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen en de Overeenkomstencommissie van de rustoorden.

Op mijn verzoek zal het RIZIV volgende week, in samenwerking met de vertegenwoordigers van de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen en mijn medewerkers, een informatieactiviteit organiseren voor alle mensen van wie wij vragen hebben ontvangen, dus zowel voor apothekers als voor mensen van de woonzorgcentra. Wij zullen hen allemaal rond de tafel brengen en uitleggen wat de implicaties van de maatregel zijn en daarna hoe wij daarmee verder zullen omgaan.

De doelstelling van de maatregel is het vermijden van het vergoeden van geneesmiddelen waarvan de inname gestopt is. De kortverblijven vallen buiten het toepassingsgebied van de maatregel. De startwaarde van het gemiddeld honorarium per week en per patiënt werd door het RIZIV berekend op basis van de meest recent beschikbare gegevens, met een correctie voor de evolutie van de gegevens op basis van een trendanalyse en de toepassing van een tweetal bijkomende correctiefactoren, om de correcte waarde zo goed mogelijk te benaderen.

Er is een verbintenis om uiterlijk in september 2015 – wij gaan van start op 1 april – het bedrag voor het honorarium te herevalueren. Die verbintenis werd aangegaan en opgenomen in de wijzigingsclausule bij de overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen. De herevaluatie zal gebeuren volgens dezelfde methodologie die werd aangewend voor de initiële vaststelling van het bedrag op het voornoemde honorarium, geldig vanaf 1 april, maar dan wel op basis van recentere gegevens, die wij via Farmanet en het InterMutualistisch Agentschap zullen krijgen.

Een herziening op kortere termijn is eigenlijk niet mogelijk. Wij moeten immers minstens de cijfers hebben van april, mei, juni, juli en augustus. De cijfers van die vijf maanden kunnen representatief zijn. Daar zullen schommelingen in zitten. Dan kunnen wij de prijzen behandelen volgens dezelfde methodologie, maar op basis van meer accurate cijfers.

Ik ben het wel met u eens. Daarom hebben wij al die mensen rond de tafel geroepen. De uitnodigingen voor volgende week zijn al onderweg. Mocht u nog mensen kennen die willen deelnemen, dan kunnen ook zij een uitnodiging krijgen.

08.03 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreide toelichting. Wij zullen dit dossier met aandacht opvolgen. Ik dank u in elk geval voor de aandacht die u eraan geeft.

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

09 Question de Mme Stéphanie Thoron à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des traitements de logopédie et la limitation de QI" (n° 1968)

09 Vraag van mevrouw Stéphanie Thoron aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van logopedie en de IQ-grens" (nr. 1968)

09.01 Stéphanie Thoron (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'arrêté royal du 10 janvier 1991 prévoit l'intervention de l'INAMI dans la rééducation des troubles du développement du langage en l'absence d'un trouble de l'intelligence (quotient intellectuel total de 86 ou plus, mesuré par un test individuel). Cette limitation de quotient intellectuel arbitraire prive nombre d'enfants d'un traitement logopédique pourtant indispensable. On songe notamment aux enfants trisomiques ou autistes.

Selon les professionnels et les acteurs de terrain, la logopédie est justement tout à fait adaptée et indispensable pour les enfants ayant des problèmes cognitifs afin de pallier ou de corriger ces problèmes. Ces enfants ont besoin d'un support logopédique pour acquérir les bases du langage et de la communication.

Madame la ministre, la suppression de la limite de quotient intellectuel pour l'accès aux prestations logopédiques fait-elle actuellement l'objet d'un examen au sein de la commission de convention? Dans l'affirmative, pouvez-vous faire le point sur la question? Dans la négative, comptez-vous demander l'inscription de cette question au sein des organes de concertation?

09.02 Maggie De Block, ministre: Madame Thoron, en réponse à votre question, je vous informe que la

nécessité de prouver un quotient intellectuel total d'au moins 86 ne s'applique qu'à certaines prestations de logopédie dites monodisciplinaires, dispensées dans le cadre de l'article 36 de la nomenclature des prestations de santé. Il s'agit des soins logopédiques donnés aux patients par un logopède en dehors d'une institution où les soins sont dispensés de façon dite pluridisciplinaire, en concertation avec des dispensateurs de plusieurs disciplines médicales ou paramédicales, y compris la logopédie.

En outre, en logopédie monodisciplinaire, la limitation en matière de quotient intellectuel ne s'applique qu'à certains troubles, à savoir les troubles du développement du langage oral et de la dysphasie. Pour les autres troubles visés par cette nomenclature, il n'y a pas d'exigence en matière de preuve d'un certain quotient intellectuel.

Si ce critère d'accès est fixé pour ces troubles, c'est précisément parce que les patients qui ne rempliraient pas la condition relèvent plutôt de la compétence des institutions pluridisciplinaires mentionnées ci-avant, notamment le centre de rééducation ambulatoire, anciennement appelé centre oto-rhino-laryngologique.

Les patients y sont traités par différents dispensateurs car leur trouble présente des aspects relevant de différentes disciplines et qu'il est opportun de les traiter ensemble.

En conclusion de ce qui précède, la suppression de la limitation en fonction du quotient intellectuel du patient pour les troubles auxquels cette condition s'applique n'est en effet pas à l'ordre du jour des travaux de la commission de convention entre les logopèdes et les organismes assureurs compétents pour la législation en matière de nomenclature de logopédie monodisciplinaire.

09.03 Stéphanie Thoron (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour ces précisions très intéressantes.

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

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling bij de specialist na doorverwijzing door de huisarts" (nr. 1979)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doorverwijzing door de huisarts naar een specialist" (nr. 2004)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toegang tot de gezondheidszorg en de moeilijke toepassing van een maatregel ten voordele van de patiënten in een moeilijke economische context" (nr. 2382)

10 Questions jointes de

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le renvoi d'un patient par un médecin généraliste vers un spécialiste et le remboursement de la consultation de ce dernier" (n° 1979)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le renvoi par un médecin généraliste vers un médecin spécialiste" (n° 2004)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accessibilité des soins et la difficulté d'application d'une mesure favorable aux patients dans un contexte économique difficile" (n° 2382)

10.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, uit een interessante studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen van 3 februari 2015 blijkt dat huisartsen zelden doorverwijzen naar een collega-specialist. Veertien procent verwijst door naar geriateren en amper 1 % naar cardiologen. Het ging om een bevraging bij 2 miljoen leden. Het blijkt zelfs dat 19 % van de huisartsen nooit naar een specialist doorverwijst.

Bovendien zou een doorverwezen patiënt dan 5 euro, of 2 euro voor personen met een verhoogde tegemoetkoming, minder remgeld moeten betalen bij de specialist. Uit het onderzoek blijkt dat dat niet het geval is en dat slechts een op honderd geraadpleegde patiënten de verhoogde terugbetaling kreeg.

Die zogenaamde echelonnering is misschien wel een beetje te zacht. Ik gebruik die woorden, omdat u ze in 2008 zelf gebruikte in het Parlement en ze ook nog steeds op uw website staan. Die heel zachte echelonnering is blijkbaar niet ingeburgerd geraakt bij patiënten, noch bij verwijzende artsen. Afschaffen of bijsturen, daarop zijn mijn vragen dus gebaseerd.

Ten eerste, zijn alle huisartsen wel op de hoogte van de zogenaamde zachte echelonnering?

Ten tweede, hoe worden huisartsen hierover geïnformeerd?

Ten derde, ziet u mogelijkheden om het systeem gebruiksvriendelijk en afdwingbaar te maken?

Ten vierde, is het veralgemenen of verplichten van een globaal medisch dossier een oplossing?

Ten vijfde, kan het administratief niet eenvoudiger? Er is een voorstel in het onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen om enkel het nummer van de voorschrijver te vermelden. Volgt u dat voorstel?

Tot slot, voor mij mag u als minister-huisarts wel verdergaande stappen zetten in de echelonnering. Als Parlements lid zag u het als een softe echelonnering, als minister-huisarts mag u van mij daarin meer stappen zetten. Ik denk dat zoiets een duurzame hervorming van de gezondheidszorg ten goede komt. Of ziet u dat anders?

10.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, houden we, ten eerste, de maatregel aan en kunt u dat op een administratief eenvoudigere manier?

Ten tweede, nog veel belangrijker vind ik dat 19 % van de huisartsen nooit doorverwijst naar de tweedelijns hulp, wat neerkomt op een op vijf huisartsen. Dat betekent dat patiënten zelf initiatieven moeten nemen, omdat hun huisarts niet doorverwijst. Wat is uw reactie? Wat is uw plan van aanpak?

10.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je voudrais surenchérir sur les propos tenus par mes collègues. Je vais établir le lien avec la première question traitée, à savoir l'information des patients sur leurs droits.

Dans le cas qui nous préoccupe, il s'agit d'une mesure, qui doit favoriser l'accessibilité aux soins et en diminuer les coûts. Soit certains médecins généralistes considèrent que c'est trop compliqué, soit ils ignorent qu'ils peuvent recourir à cette manière de renvoyer auprès d'un confrère spécialiste et de permettre un coût moins élevé. Il est peut-être grand temps de prendre des dispositions relatives tant à la simplification qu'à l'information, afin de disposer d'un système auquel le médecin et le patient adhèrent en toute intelligence.

Si nous parvenons à le rendre performant, son application ne pourrait-elle pas être également envisagée au niveau des dentistes? Le dentiste peut, de temps à autre, avoir une personne à renvoyer auprès d'un spécialiste.

10.04 Minister Maggie De Block: De maatregel tot vermindering van het persoonlijk aandeel van de patiënt voor de consultatie bij een specialist indien hij of zij is doorverwezen door de huisarts, dateert inderdaad reeds van 2007 en heeft nooit het effect gesorteerd dat men ervan verwachtte in het kader van de softe echelonnering. Mijn vraag dateert dan ook uit die periode en neen, ik verwijder geen oude vragen van mijn website; ik schaam mij niet voor de verklaringen die ik toen heb gedaan.

Wij moeten inderdaad constateren dat de maatregel slechts in weinig gevallen bekend is bij de huisartsen, of in elk geval wordt uitgevoerd door de huisartsen, door de specialisten en door de patiënten. Wij zullen dan ook aan het RIZIV vragen om de maatregel op een of andere manier opnieuw onder de aandacht van de artsen te brengen, met de informatie die uit die toch wel nuttige studie is gekomen.

De maatregel diende aanvankelijk om de toegankelijkheid tot de tweede lijn financieel te vergemakkelijken en ook om de opening van een globaal medisch dossier bij de huisarts aan te moedigen, aangezien de patiënt eerst een globaal medisch dossier moest hebben vooraleer hij of zij doorverwezen kon worden.

Het regeerakkoord voorziet tegen het einde van de legislatuur in de verplichting van een elektronisch patiëntendossier, waarin het globaal medisch dossier geïntegreerd zal worden. Bovendien wordt de patiënt ook aangemoedigd om een referentiearts te kiezen.

De cette manière, il sera en tout cas déjà beaucoup plus facile de vérifier si le patient a été référé par le médecin généraliste ou par d'autres prestataires de soins, comme les dentistes, ainsi que le suggère l'étude

des Mutualités libres.

L'étude contient assurément un certain nombre d'éléments en matière de simplification administrative et de champ d'application que j'examinerai conjointement avec mes services.

Il ne me semble pas nécessaire, pour l'instant, de prendre de nouvelles mesures dans l'échelonnement s'il y a une bonne communication entre les prestataires de soins via un dossier de patient, de préférence électronique.

Wij zullen dat pijnpunt dus meenemen in alle maatregelen, met onder andere de implementatie van het elektronisch medisch dossier. Overigens wordt daar al op ingegaan in de medicomut- en dentomutakkoorden. Wij pleiten voor een vaste huisarts, een vaste apotheker en een vaste tandarts. Op die manier is voor elke patiënt een elektronisch raadpleegbaar patiëntendossier mogelijk. Ik meen dat wij patiënten het nut daarvan moeten aantonen. De tandarts van de patiënt weet welke medicatie hij of zij neemt en kent zijn of haar antecedenten. Heel de voorgeschiedenis wordt dan zichtbaar, wat consequenties kan hebben bij bepaalde beslissingen.

Wij nemen dat pijnpunt mee zonder dat we willen kurieren am Symptom via deze of gene eenmalige maatregel. In de toekomst moet het door- en terugverwijzen dagelijkse kost worden.

10.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik wens u veel succes met uw intenties, gelet op het verschil in het landschap en de evolutie inzake het globaal medisch dossier tussen het noorden en het zuiden van het land. In Vlaanderen zijn er al veel meer globale medische dossiers op vrijwillige basis gesloten. Als u naar een verplichting evolueert, zal men in het zuiden van het land nog een tandje moeten bijzetten.

10.06 Minister Maggie De Block: Ik zal mij naar alle windrichtingen begeven, want er zijn ook nog verschillen tussen het westen en het oosten. Het zal nodig zijn.

10.07 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik denk dat uw beslissing om alles geïntegreerd te bekijken, juist is. Misschien krijgen wij dan ook de juiste cijfers over de niet-doorverwijzingen. Ik kan niet aannemen dat één op vijf huisartsen nooit doorverwijst. Vermoedelijk wordt in sommige gevallen niet-geattesteerd doorverwezen om de administratieve rompslomp te vermijden, met als gevolg dat die doorverwijzingen niet worden gedetecteerd.

Wanneer alles via het elektronisch patiëntendossier verloopt, dan heeft dat heel wat voordelen. Wij zijn er voorstander van om dat zo snel mogelijk in te voeren.

10.08 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je vous rejoins tout à fait lorsque vous parlez de la nécessité de généraliser le recours au dossier médical global informatisé. Nous nous devons en tant que francophones d'apporter notre soutien à cette collecte de données.

Cela dit, cela met en évidence le fait que des patients vont consulter directement des spécialistes sans passer par leur généraliste, parfois quand cela ne s'avère pas nécessaire. Il s'agit ici d'un élément intéressant qui doit être pris en compte. Cela m'amène à revenir sur la nécessité d'améliorer l'information en matière de dispositifs.

Toujours est-il que je retiens l'intention qui est la vôtre de simplifier la procédure via le recours au dossier médical, même si j'estime que cela ne suffira pas.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een ruimere palliatieve (thuis)zorg" (nr. 1980)

11 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une offre plus large de soins palliatifs (à domicile)" (n° 1980)

11.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, ik ben blijkbaar een bezige bij geweest, de voorbije weken.

Mevrouw de minister, ik was aanwezig op het FLIECE-congres over palliatieve zorg, in januari van dit jaar. Daar werd via onderzoeksresultaten bevestigd wat wij eigenlijk al weten, namelijk dat 95 % van de mensen graag thuis verzorgd wordt en liefst ook thuis wil sterven, maar dat toch nog altijd 55 % in een ziekenhuis overlijdt. Er is dus nog heel wat werk inzake de palliatieve thuiszorg. Door die zorg tijdig op te starten voor iedereen, dus niet alleen voor kankerpatiënten, door systematisch een vroege zorgplanning te bespreken en door zorgverleners, onder wie ook mantelzorgers, te sensibiliseren en op te leiden, zouden wij al heel wat stappen vooruit zetten.

Uiteraard moet onze wetgeving de nieuwe wetenschappelijke inzichten volgen en is ook onze definitie van palliatieve zorg volgens mij, en ook volgens de deelnemers aan het FLIECE-congres, aan vernieuwing en herziening toe.

Drie Vlaamse universiteiten, de VUB, de KU Leuven en de UGent, hebben op het congres gepleit voor een uitbreiding van de palliatieve zorg. Ecolo-Groen heeft ter zake een resolutie klaar en een wetsvoorstel ingediend, die ook al in overweging zijn genomen.

Ook uw collega, staatssecretaris Sleurs, heeft al gezegd dat zij zich afvraagt of de wet op de palliatieve zorg niet aan herziening toe is.

Mevrouw de minister, ik heb drie vragen.

Ten eerste, zult u rekening houden met de aanbevelingen van het FLIECE-congres? In hoeverre bent u het eens met de aanbevelingen? Welke actie zult u ondernemen?

Ten tweede, steunt u het wetsvoorstel dat wij ingediend hebben? Meent u dat wij dat belangrijk thema over de partijgrenzen heen samen op een constructieve wijze zullen kunnen aanpakken?

Ten derde, de sector vraagt naar een zeer ruime staten-generaal met alle betrokken zorgverstrekkers en beroepsgroepen in de ruimste betekenis van het woord, inbegrepen de onderwijsinstellingen, de patiëntenverenigingen, de mantelzorgers enzovoort, om de krijtlijnen van het beleid rond palliatieve zorg op lange termijn uit te tekenen. Bent u dat idee genegen? Zult u ingaan op die vraag?

11.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, ik zal eerst zeggen wat er reeds allemaal gebeurd is en dan is het aan u om te weten of er ook nog een staten-generaal moet worden georganiseerd.

Het gaat om de aanbevelingen die zijn geformuleerd tijdens het FLIECE-congres rond het thema “Hoe de palliatieve zorg verbeteren in Vlaanderen?”, maar ik neem aan dat u het met mij eens bent dat die overal mag verbeterd worden. Uiteraard zal ik rekening houden met deze aanbevelingen, vooral omdat zij in de lijn liggen van wat momenteel in voorbereiding is rond het plan voor de geïntegreerde zorg voor de chronische zieken. Met name aanbeveling nr. 3 van het FLIECE-rapport, dat stelt dat palliatieve zorg toegankelijk moet zijn voor alle patiënten ongeacht hun gediagnosticeerde ziekte, geeft dat belang aan. Bovendien vormen de keuzes in verband met het levenseinde een essentieel onderdeel van de voorafgaande planning van de zorg. Bijgevolg maakt de palliatieve zorg deel uit van deze geïntegreerde zorg. De visienota en het voorstel van dit plan zijn op dit moment in uitwerking en het is de bedoeling om hierover tot een akkoord te komen in de Interministeriële Conferentie.

Dit jaar nog worden ook de resultaten verwacht van het onderzoek naar de Palliatieve Zorg Indicator Tool, waarnaar ook werd verwezen tijdens het congres. De federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg en de FOD Volksgezondheid financieren en sturen dit onderzoek aan. Het onderzoek heeft tot doel de zorgnoden in kaart te brengen die in relatie staan met de vraag in welke mate iemand palliatief is.

In verband met de bespreking van het voorstel van resolutie van Ecolo-Groen over een betere omschrijving van het begrip “palliatieve zorg” en de verbetering van de begeleiding van personen die lijden aan een ernstige, chronische en ongeneeslijke ziekte en daardoor een lagere levensverwachting hebben, is het volgens mij aangewezen om eerst de definitieve onderzoeksresultaten van het PICT-project af te wachten.

Het doel is dat de middelen die reeds vandaag werden toegekend op een meer gerichte wijze worden toegewezen.

Mijn voorstel is om de rol van de Evaluatiecel Palliatieve Zorg te verbeteren en te versterken. In eerste instantie zal deze cel haar specifieke opdrachten afbakenen. In elk geval moeten daarbij ook de Gemeenschappen en Gewesten betrokken worden, omdat de samenwerkingsverbanden palliatieve zorg naar de deelstaten werden overgedragen.

Bij het beleid inzake de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken kan dan binnen de marge van de beschikbare middelen rekening worden gehouden met de tweejaarlijkse rapportage en de aanbevelingen van deze Evaluatiecel.

U weet dat wij nu werken aan alle overhevelingen in het licht van de zesde staatshervorming. Dat is een zeer groot werk, dat boven op de regeerverklaring komt — het staat erin en dus voeren wij dat uit.

Daarmee moet ook rekening worden gehouden bij het verder evalueren en het overleg. Dit moet telkens gebeuren in samenspraak met de Gewesten en de Gemeenschappen. Dat is ook hier het geval.

11.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik kijk uit naar de resultaten van het onderzoek rond de PICT-schaal. Op basis daarvan zullen wij over extra cijfers beschikken om de kosten te berekenen.

Dat neemt echter niet weg dat wij alvast de definitie, conform de Wereldgezondheidsorganisatie, kunnen bepalen, los van de kostprijs. Ik meen echter dat onze meningen niet zover uiteenliggen, integendeel.

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

12 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de wet van 21 december 2013" (nr. 1981)

12 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exécution de la loi du 21 décembre 2013" (n° 1981)

12.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, de wet van 21 december 2013 tot versterking van de transparantie, de onafhankelijkheid en de geloofwaardigheid van de beslissingen en adviezen op het vlak van de gezondheid, de ziekteverzekering, de veiligheid van de voedselketen en het leefmilieu zal op 1 februari 2016 in werking treden. Daarvoor wordt in uitvoeringsbesluiten voorzien.

Mij kwam ter ore dat die uitvoeringsbesluiten een beetje aan het sudderen zijn. Men geraakt niet vooruit. Het betreft nochtans een zeer belangrijke wet, omdat die ook voorziet in de invoering van een algemene belangenverklaring voor experts. Dat is zeer belangrijk voor alle experts van de instanties die bevoegd zijn voor bijvoorbeeld de volksgezondheid.

In het kader van het verhogen van de transparantie en onafhankelijkheid wou ik u vragen wat de stand van zaken is in de omzetting van de wet. Zijn er obstakels voor de uitvoeringsbesluiten of zijn de besluiten op komst? Werden er al initiatieven genomen door u, uw collega's of de administratie? Wanneer mogen wij die uitvoeringsbesluiten verwachten?

12.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, de wet tot wijziging van de wet van 21 december 2013 tot versterking van de transparantie, de onafhankelijkheid en de geloofwaardigheid van de beslissingen en adviezen op het vlak van de gezondheid, de ziekteverzekering, de veiligheid van de voedselketen en het leefmilieu beoogt potentieel een grote verscheidenheid aan instanties.

Verschillende agentschappen, commissies, raden en adviesorganen op het vlak van zowel de volksgezondheid, de ziekteverzekering, de veiligheid van de voedselketen als het leefmilieu zijn betrokken. Sommige daarvan behandelen nog federale materies, andere behoren tot de Gemeenschappen. Het is bijgevolg noodzakelijk om meer tijd toe te kennen aan de tenuitvoerlegging van de wet, teneinde een optimaal systeem in te voeren en om elk belangenconflict binnen die structuren te vermijden.

Er is een studie nodig betreffende de praktische realisatie van de verschillende vereiste maatregelen en de haalbaarheid ervan, onder meer om, zoals gezegd, belangenconflicten tussen de structuren te vermijden bij de uitvoering van die wet.

Wij zullen dus inderdaad moeten voorstellen om de inwerkingtreding van de voornoemde wet uit te stellen. Ondertussen wordt er verder gewerkt en overleg gepleegd met de betrokken instanties. Wij zullen die kwestie nauwkeurig opvolgen, maar op dit ogenblik zijn de werkzaamheden helemaal niet genoeg gevorderd om die wet te kunnen uitvoeren.

12.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Moet ik daaruit concluderen dat u denkt dat 2016 niet haalbaar is?

12.04 Minister Maggie De Block: Wij moeten daar nu nog helemaal aan beginnen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Questions jointes de

- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les actes autorisés pour les aides familiales" (n° 1985)**

- **M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des aides-soignant(e)s" (n° 2567)**

13 Samengevoegde vragen van

- **de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de handelingen die gezinshelpsters mogen uitvoeren" (nr. 1985)**

- **de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van zorgkundigen" (nr. 2567)**

13.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon l'arrêté royal du 12 janvier 2006, certaines activités infirmières peuvent être effectuées par des aides-soignantes, notamment celles relatives à l'aide à l'alimentation et à la réhydratation par voie orale.

Une exception est cependant prévue dans les cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition. L'aide à l'alimentation pour les personnes présentant un trouble de la déglutition ne peut donc être apportée par les aides à domicile. Certaines personnes ayant besoin d'assistance en matière d'alimentation et présentant ce trouble ne sont pas toujours alimentées par sonde ou ne souhaitent tout simplement pas l'être.

Madame la ministre, à l'heure où les alternatives à l'hospitalisation sont de plus en plus recherchées, quelles solutions peuvent dès lors être proposées à ces personnes présentant un trouble de la déglutition et qui désirent préserver une certaine forme d'autonomie?

Il semble que l'aide à l'alimentation pour ces personnes soit donc uniquement du ressort des infirmiers. Un remboursement de ces prestations par l'INAMI existe-t-il actuellement ou cela ne concerne-t-il que la prise en charge de la nutrition entérale?

Dans le cadre de la réforme de la nomenclature et moyennant une adaptation des formations spécifiques, envisagez-vous des mesures pour améliorer les collaborations entre les métiers d'aide et de soins, entre les aides à domicile et les infirmiers à domicile? Je vous remercie.

13.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, je vous remercie pour la brièveté de votre question. La problématique que vous soulevez n'est pas neuve. Plusieurs ministres de la Santé se sont penchés dessus. Elle a fait l'objet de nombreuses discussions lors de la législature précédente dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique entre les autorités fédérales et les entités fédérées. Ces discussions ont justement abouti à des protocoles d'accord réglant mieux les relations et la collaboration entre les professionnels de la santé, dont j'ai la compétence aujourd'hui, et les professionnels de l'aide, qui sont de la compétence des Régions.

Le protocole plus spécifique relatif au secteur, signé par toutes les entités fédérées le 24 février 2014, prévoit dans le cas précis que vous soulevez que le professionnel de l'aide qui constate que son bénéficiaire souffre de signes de troubles de la déglutition le signale au médecin traitant ou à l'infirmier à domicile de celui-ci. Ce professionnel de la santé évalue si le bénéficiaire a besoin des services d'un professionnel de la santé pour pouvoir s'alimenter. Dans le cas contraire, le professionnel de l'aide est libre de continuer à accomplir les tâches qui lui sont dévolues par les différents décrets régionaux en cette matière, comme aider le bénéficiaire à s'alimenter. Si un professionnel de la santé évalue que le bénéficiaire a besoin de soins par un professionnel de la santé, il le propose alors au patient et effectue les démarches nécessaires pour que

cela puisse se faire.

Dès lors, si un non-professionnel de la santé effectue le soin, l'activité consiste en une activité illégale. Vous pouvez donc observer que votre lecture de la législation est trop restrictive. Les activités réservées aux professionnels de la santé par l'arrêté royal 78, comme, par exemple, nourrir un patient présentant des troubles de déglutition est réservé aux infirmiers ou traiter un trouble de déglutition est réservé à un logopède, nécessitent d'abord que la personne soit un patient, c'est-à-dire qu'un professionnel de la santé et identifié comme tel ait évalué qu'il avait besoin de ces services, sinon l'aide à l'alimentation fait partie des activités de la vie quotidienne pour laquelle des professions de l'aide peuvent intervenir. C'est la première piste à suivre par ces personnes dont vous parlez pour pouvoir conserver leur autonomie à domicile.

En réponse à votre question sur la nomenclature infirmière, si un infirmier doit intervenir chez ce type de patient, qui est lourdement dépendant, il n'y a pas de nomenclature spécifique pour lui donner à manger, mais bien un forfait pour l'ensemble des soins infirmiers requis sur la journée.

Pour répondre entièrement à votre question à ce sujet, il y a également un autre acte en nomenclature chez les infirmiers qui permet un remboursement des soins infirmiers liés à l'alimentation par sonde entérale si le patient en bénéficie.

Comme vous avez pu le lire dans ma note de politique générale, je suis prête à revoir certains principes, parfois trop rigides, définis par l'arrêté royal 78. Je n'oublie pas les relations entre professionnels de la santé et professionnels de l'aide. C'est la raison pour laquelle les travaux à ce sujet se poursuivront dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique.

Mon administration suit cela de près et met tout en œuvre pour résorber le retard. Ils se réunissent à intervalles réguliers avec les administrations des Communautés, afin d'examiner plusieurs points dont celui-ci. Un groupe permanent a été créé à cette fin, comme le prévoit aussi le protocole soins de santé qui règle la période transitoire.

13.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

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

14 Samengevoegde vragen van

- **juffrouw Yoleen Van Camp** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "agressie tegenover ambulanciers" (nr. 1988)

- **mevrouw Sabien Lahaye-Battheu** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "agressie tegenover ambulanciers" (nr. 2516)

14 Questions jointes de

- **Mlle Yoleen Van Camp** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les agressions dont sont victimes les ambulanciers" (n° 1988)

- **Mme Sabien Lahaye-Battheu** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les agressions dont sont victimes les ambulanciers" (n° 2516)

De **voorzitter:** Mevrouw Lahaye-Battheu is afwezig.

14.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik heb zelf op de spoeddienst gewerkt. Ik kan er dus van getuigen dat agressie tegen ambulanciers en bij uitbreiding tegen zorgpersoneel een probleem is. De Unie Voor Vlaamse Ambulanciers heeft afgelopen maand nog een noodkreet geuit in de media. Er zijn talrijke voorbeelden. Zo is er een ambulancier gewurgd door een drugsverslaafde. Een andere ambulancier blijkt werkonbekwaam te zijn na een aanval van een agressieveling met een samoeraizwaard.

Mevrouw de minister, hebt u weet van het probleem? Hebt u plannen om ter zake actie te ondernemen?

De sector kampt ook met financiële problemen.

Mijn vraag is dan ook of u hierover zult overleggen met uw collega's, bijvoorbeeld om de opleiding te hervormen?

Komt er een statuut voor ambulanciers? Plant u maatregelen of wil u daarover overleggen om ambulanciers beter te beschermen, bijvoorbeeld wanneer zij de politie oproepen?

Zijn er ter zake al gesprekken gaande? Of wanneer kunnen de ambulanciers die verwachten? Ik heb vernomen dat zij daar vragende partij voor zijn, maar dat zij nog niet uitgenodigd zijn.

14.02 Minister **Maggie De Block**: Het probleem van agressie tegen hulpverleners is in de commissie in het verleden al vele keren ter sprake gekomen. Wij hebben in samenwerking met de administratie reeds belangrijke maatregelen genomen. Zo worden in de provinciale opleidingsinstituten inderdaad vormingen georganiseerd over het omgaan met agressie in de hulpverlening. Zij moeten de hulpverleners een aantal handvatten bieden om te kunnen handelen in mogelijk gevaarlijke situaties en om onveilige situaties te herkennen.

Wanneer hulpverleners worden geconfronteerd met agressie, kunnen zij gebruikmaken van een soort noodknop op hun draagbare zenders. Zo wordt er onmiddellijk een communicatielijns met de hulpcentrale geopend, zodat die kan opvolgen wat er ter plaatse gebeurt en dringende assistentie kan uitscharen.

Daarnaast plegen de federale gezondheidsinspecteurs geregeld overleg met de parketten en de politiediensten om in samenspraak preventieve maatregelen te nemen en het vervolgingsbeleid inzake agressie tegen hulpverleners aan te scherpen. Een rechtstreeks resultaat van die contacten was het verzwaren van de strafmaat voor agressie tegen hulpverleners.

De federale gezondheidsinspecteurs zullen de hulpverlener die het slachtoffer werd van agressie, optimaal bijstaan in het kader van de uit te voeren procedures.

14.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, inzake het overleg met de sector heb ik niet echt een antwoord ontvangen. Ik hoop dat u de vraag van betrokkenen om gehoord te worden en om maatregelen uit te werken in verband met hun statuut, hun opleiding, hun bescherming en hun financiële situatie ter harte zult nemen.

14.04 Minister **Maggie De Block**: Dat is een andere problematiek. Die bespreking moeten wij in samenwerking met Binnenlandse Zaken voeren, want alleen het medisch aspect van de dringende medische hulpverlening valt onder mijn bevoegdheden. Er vinden daarover al contacten plaats. Als u die vraag stelt aan mijn collega, minister Jambon, dan zal hij u antwoorden dat onze twee kabinetten en onze twee administraties daaraan al aan het werken zijn. Dat is echt wel een heel groot werk; de werkzaamheden zijn dus aangevat. Als er samengewerkt wordt in de regering, dan mag dat ook eens vermeld worden!

14.05 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, dat klinkt goed, ik zal het zo doorgeven. Bedankt.

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

15 **Vraag van mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorghuis te Oostende en Gent" (nr. 1991)**

15 **Question de Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les maisons de soins pour patients cancéreux à Ostende et à Gand" (n° 1991)**

15.01 **Renate Hufkens** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het gegeven van alleenwonenden of alleenstaanden is een sociologisch en demografisch gegeven dat de laatste jaren in opmars is in Vlaanderen. In de grote centrumsteden, waaronder Gent, Antwerpen en ook mijn eigen stad Leuven, zijn bijna de helft van alle huishoudens eenpersoonsgezinnen. Dat bleek trouwens ook uit het recente studierapport van de studiedienst van de Vlaamse regering.

Alleenstaanden en alleenwonenden kennen een hele resem problemen, maar zij zijn vooral extra kwetsbaar voor financiële gevolgen en zijn niet altijd even zelfredzaam. Vooral wanneer zij ziek worden, kunnen alleenstaanden niet terugvallen op familie­zorg en/of mantel­zorg.

In het licht van deze problematiek van alleenstaanden die ziek worden en moeilijk terecht­kunnen bij familie of vrienden, werd in 2009 het zorghuis in Oostende opgericht. Dat is een opvanghuis voor kankerpatiënten om even bij te komen tijdens hun oncologische behandeling. Het doel ervan is om die alleenstaanden een

warme plek te bieden waar zij tot rust kunnen komen zonder zich te moeten bezighouden met praktische besommeringen, zoals naar de winkel gaan, want meestal zijn zij niet meer in staat om dat zelf nog te doen tijdens die moeilijke periode. Intussen werd ook in Gent een zorghuis opgericht, maar daarmee houdt het op.

De doorverwijzing naar die zorghuizen gebeurt steeds door een arts en een oncoloog. Momenteel is er voorzien in een terugbetaling door het RIZIV voor het verblijf.

Het initiatief van de zorghuizen, dat geheel op vrijwilligers draait, is een heel mooi voorbeeld hoe er extra aandacht kan worden besteed aan de toenemende groep alleenwonenden. Helaas is het concept van het zorghuis bijna onbekend in medische kringen en worden patiënten zelden door artsen of specialisten doorverwezen, terwijl er een grotere vraag naar is. Het bewijs hiervan is dat het zorghuis in Gent kampt met een prangend capaciteitsprobleem. Een betere informatieverspreiding bij artsen, specialisten en mutualiteiten zou andere initiatieven zoals deze kunnen bespoedigen in Vlaanderen.

Mevrouw de minister, bent u vertrouwd met het concept van het zorghuis? Bent u van oordeel dat het concept moet gestimuleerd worden bij de medische stakeholders? Zo ja, welke initiatieven hebt u daarvoor in gedachten? Hebt u hiervoor een tijdsschema?

15.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Hufkens, elk initiatief met het oog op de ondersteuning van patiënten en hun omgeving verdient onze aandacht, in het bijzonder wanneer deze initiatieven rond kwetsbare personen worden opgezet.

De zorghuizen zijn inderdaad misschien niet erg gekend. Het gaat om een alledaagse woning, gelegen in een rustige woonwijk, waar maximaal vier gasten kunnen worden opgevangen tijdens de zwaarste dagen van hun oncologische behandeling. Deze private initiatieven mogen niet verward worden met de respijthuizen voor kinderen en adolescenten.

Deze zorghuizen werden uitgewerkt in het kader van het programma "Voorrang aan chronisch zieken" en het RIZIV trekt 2,1 miljoen euro uit voor het waarborgen van de verzorging en de begeleiding van patiënten met diverse langdurige ziekten, alsook voor de algemene operationele kosten. De bouwkosten zijn ten laste van de Gewesten.

De zorghuizen richten zich enkel op kankerpatiënten en bieden een beperkte opvang.

Wat de voorwaarden van de zorghuizen te Oostende en Gent betreft, de vrijwilligers stellen geen zorg- en/of verpleegkundige handelingen. Er zijn ook geen verpleegkundigen aanwezig in het zorghuis. Indien de kandidaat-gast hulp nodig heeft bij het wassen, aankleden enzovoort, of indien gespecialiseerde zorg nodig is, dient hiervoor een thuisverpleegkundige te worden aangevraagd.

Kortom, deze zorghuizen bevinden zich eigenlijk buiten de programma's en de financiering door het RIZIV. Ingevolge de zesde staatshervorming dienen wij vast te stellen dat indien er behoefte is aan een specifieke erkenning en promotie van deze hulpstructuren, met name de zorghuizen, deze dan ook op het niveau van de deelstaten moeten worden ontwikkeld.

15.03 **Renate Hufkens** (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb deze vraag ook op Vlaams niveau laten stellen. Ook daar zijn wij hiermee bezig. Als minister van Volksgezondheid kunt u echter een belangrijk signaal geven.

Ik ben dan ook blij dat u het belangrijk vindt dat er ook voor die kwetsbare groep alleenstaanden, die alleen maar toeneemt, extra initiatieven worden genomen en dat er naar hen wordt omgezien. In die zin ben ik blij met uw antwoord. Ik hoop dat zeker het Vlaams Gewest hieraan meer aandacht besteedt en dat er in andere steden een navolging van dit initiatief kan komen.

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

16 **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bestrijding van vrouwelijke genitale verminking" (nr. 2036)**

16 **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre les mutilations génitales féminines" (n° 2036)**

16.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, in het kader van de internationale dag tegen vrouwelijke genitale verminking van 6 februari ondersteunt het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen de Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines en de vzw INTACT. Samen hebben zij een eerste toolkit ter preventie van vrouwelijke genitale verminking voor professionals voorgesteld.

Volgens schattingen van de Wereldgezondheidsorganisatie zijn wereldwijd meer dan 130 miljoen vrouwen en meisjes het slachtoffer van genitale verminking en elk jaar zouden er nog drie miljoen bijkomen. Volgens de jongste prevalentiestudie wordt het aantal vrouwen en meisjes in België uit landen waar vrouwenbesnijdenis nog wordt uitgevoerd, geschat op zowat 48 000. Van die 48 000 zijn er 13 112 waarschijnlijk besneden en 4 084 zouden het risico lopen om een besnijdenis te ondergaan. In totaal gaat het dus over 17 000 vrouwen en meisjes.

Genitale verminkingen hebben lichamelijke en mentale gevolgen op lange termijn en kunnen in sommige gevallen de dood tot gevolg hebben. Ze zijn een vorm van onmenselijke en vernederende behandeling waarbij de meest fundamentele rechten van vrouwen en meisjes ontnomen worden. Genitale verminking wordt door een groot aantal internationale verdragen aan de kaak gesteld. In België is genitale verminking trouwens specifiek bij wet verboden sinds 2001.

De preventiekit van beide organisaties werd ontwikkeld voor gezondheidsprofessionals, alsook voor maatschappelijk werkers of juridische beroepen, die vaak machteloos en onvoldoende opgeleid zijn om met delicate gevallen van vrouwenbesnijdenis om te gaan.

Naast de toolkit hebben die organisaties ook vijf grote aanbevelingen geformuleerd voor de betrokken ministers en professionals. In onze commissie moeten wij vooral de eerste aanbeveling bekijken, namelijk het belang voor de verschillende sectoren om zich de preventiekit vrouwelijke genitale verminking eigen te maken. Dat vereist een sterk engagement van de betrokken sectoren en van de bevoegde ministers, denken wij. Ook moet worden voorzien in een basis- en nascholing voor professionals.

Mevrouw de minister, hebt u kennisgenomen van de aanbevelingen van GAMS België en van de vzw INTACT? Bent u bereid om rekening te houden met die aanbevelingen? Welke concrete maatregelen neemt u in dat verband?

16.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, ik heb kennisgenomen van de vijf grote aanbevelingen. Mijn voorgangster, mevrouw Onkelinx, heeft reeds enkele jaren met GAMS België goed samengewerkt, net zoals ik, wanneer het gaat over de verzorging en de begeleiding van jonge vrouwen in onze opvangcentra. Het was de bedoeling om artsen en vroedvrouwen van de betrokken diensten te sensibiliseren en een opleiding te bieden, zodat we over een netwerk van referentiepersonen kunnen beschikken. Ik ben dan ook van plan dat project voort te zetten.

Wij hebben ook goed samengewerkt met GAMS voor de speciale omkadering van die verminkte vrouwen, alsook voor de detectie van het probleem waarvoor zij gevlucht waren naar ons land, binnen onze administratie van het Commissariaat-generaal.

Collega Sleurs, als staatssecretaris onder meer bevoegd voor gelijke kansen, is nu bezig met de voorbereiding van een update van het actieplan ter bestrijding van partnergeweld en andere vormen van intrafamiliaal geweld. Dat is dan ook een actieplan voor 2015-2019. Hierbij zal ook extra aandacht uitgaan naar onder meer vrouwelijke genitale verminking. Gelet op het feit dat zij van vorming gynaecologe is, denk ik dat het voor haar weinig verrassingen zal inhouden.

In de afgelopen jaren werd op vele vlakken vooruitgang geboekt dankzij kwalitatieve en kwantitatieve studies, de uitwerking van een gids voor multidisciplinaire interventie bestemd voor professionals, de verspreiding van informatietools, het aanbod van opleidingen door het verenigingsleven en tal van sensibiliseringsmaatregelen bestemd voor het specifieke doelgebied. Het gevoerde beleid wordt versterkt, met bijzondere aandacht voor de intensifiëring van de daadkracht van de verenigingen die werken op het terrein, de ondersteuningsmechanismen voor vrouwen die het slachtoffer zijn geworden van genitale verminkingen, de omstandigheden van de opvang en de opleidingen van bij de problematiek betrokken partijen.

Wat mij betreft, ben ik bereid het project voor de sensibilisatie en opleiding van het betrokken

ziekenhuispersoneel voort te zetten. Het gebruik van de preventiekit in de opleiding lijkt mij een goed initiatief te zijn. Het doelpubliek bestaat uit ziekenhuispersoneel, vroedvrouwen, artsen en verpleegkundigen van de materniteit en van de spoedgevallendiensten. Sensibilisatie in de scholen valt jammer genoeg niet onder mijn bevoegdheid. Ook daar moet ik verwijzen naar de rol van de Gemeenschappen.

16.03 Karin Jiroflée (sp.a): Ik ben bijzonder blij dat u de samenwerking wilt voortzetten en dat u de toolkit wilt gebruiken. Het is een bijzonder nuttig instrument, dus dat is heel goed. Ik ben ook blij dat genitale verminking apart zal worden vermeld in het actieplan.

Ik zal de zaak blijven volgen op het niveau van mevrouw Sleurs. Ik dank u voor uw antwoord, want wij moeten hier met zijn allen aandacht voor blijven hebben.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 2039 de M. Daniel Senesael est reportée.

17 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des économies liées au raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement" (n° 2067)

17 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen door de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling" (nr. 2067)

17.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai déjà interrogée sur le raccourcissement du séjour en maternité après un accouchement.

Pour rappel, sur la base d'un rapport du KCE de 2014, vous avez décidé de faire passer le séjour en maternité qui est, aujourd'hui, en moyenne de 4,5 jours à 4 jours. Dans ce cadre, une première étape prévue pour 2015 devait être suivie d'une deuxième étape en 2016.

Lors de l'examen du budget, j'avais attiré votre attention sur le fait que le rapport du KCE prévoyait l'utilisation du budget pour développer une politique importante en matière de soins postnatals des mamans et des nouveau-nés qui devraient sortir plus rapidement de la maternité, mais qui devraient bénéficier d'un accompagnement d'une équipe de sages-femmes à domicile. On sait combien les premiers jours qui suivent une naissance sont importants tant pour les nouveau-nés que pour les mamans. À l'époque vous m'aviez dit que vous étudieriez la question, raison pour laquelle je voudrais savoir ce qu'il en est aujourd'hui.

Par ailleurs, vous aviez évoqué une économie de 11,7 millions d'euros pour 2015. Or, il ressort des informations dont je dispose que cette économie s'élèverait, en réalité, à 18 millions d'euros. Ladite économie plus importante que prévu se fait, bien entendu, sur le dos des hôpitaux. Soyons clairs!

Madame la ministre, quel sera l'impact de cette économie pour les hôpitaux? Allez-vous effectivement imposer à ces derniers une économie de 18 millions d'euros? Comme je vous le disais précédemment, la situation financière d'un très grand nombre d'entre eux est très difficile en raison d'un manque de financement structurel.

17.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, en réponse à votre première question, je vous signale que la mesure d'économie a pour objectif d'inciter les hôpitaux à diminuer d'un demi-jour en 2015 la durée moyenne de séjour facturée pour tous les accouchements APR-DRG (540 accouchements par césarienne et 560 accouchements par voie vaginale) de sévérité 1 et 2, c'est-à-dire en principe les séjours sans complication. Il s'agit de responsabiliser les hôpitaux qui présentent une durée de séjour supérieure à la durée moyenne nationale.

J'attire votre attention sur le fait que cette mesure ne touche donc pas les patientes. En effet, si ces dernières restent plus longtemps à l'hôpital, c'est le financement de ce dernier qui diminue mais, pour les patientes, cela ne change rien en termes de remboursement de soins.

Pour ce qui est de la différence de montants que vous mentionnez, il faut comprendre que l'économie de 11,7 millions correspond à l'économie dans le budget des soins de santé mais le budget des moyens financiers de l'hôpital est financé à raison de 77,23 % par le budget des soins de santé et de 22,77 % par le

budget provenant du financement alternatif pour couvrir notamment les patients qui ne sont pas affiliés à un organisme assureur. À cela s'ajoute un retard de facturation habituel de deux mois. Par conséquent, la mesure de 11,7 millions se traduit en budget global à 100 % à un montant équivalent à 18,7 millions.

En ce qui concerne votre question sur le réinvestissement dans le budget 2015 d'une partie du montant des économies réalisées par la réduction d'une demi-journée de la durée moyenne du séjour pour les accouchements de sévérité 1 et 2, je confirme que cette mesure doit être exécutée sans qu'une partie soit réaffectée pour les soins postnatals par les sages-femmes à domicile. Une marge budgétaire est néanmoins disponible pour lancer un appel à projets pour chercher une approche alternative pour un accouchement avec une durée moyenne de séjour raccourcie.

L'objectif du projet pourrait être une meilleure éducation prénatale de la mère et de son entourage par l'organisation d'un trajet de soins avec des accords nécessaires fixés dans un plan de soins entre tous les prestataires et la future mère afin de pouvoir garantir des soins périnataux optimaux à domicile à la mère, au nouveau-né et à sa famille. J'ai demandé à mes administrations du SPF Santé publique et de l'INAMI de préparer un appel à projets.

17.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, il y a du bon et du beaucoup moins bon. Mes informations étaient correctes: ce n'est pas 11,7 millions, mais plus de 18 millions d'euros que vous allez économiser sur le dos des hôpitaux, alors pourtant que vous vous étiez engagée sur un montant de 11 millions d'euros d'économies liées au raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement.

Je ne peux, madame la ministre, que continuer, chaque fois que ce sera nécessaire, à tirer la sonnette d'alarme sur ces économies imposées de manière répétée dans de nombreux secteurs, et notamment les mesures successives sur les hôpitaux. Je vous rappelle l'étude Maha: 60 % des hôpitaux sont dans le rouge.

Par contre, je vous remercie de répondre positivement à cette proposition que j'avais faite, à savoir lancer un appel à projets pour soutenir des équipes de sages-femmes qui permettront d'encadrer la jeune maman et le bébé à domicile après la sortie de la maternité.

17.04 Minister Maggie De Block: U zegt dat het gaat om besparingen op de kap van de hospitalen. Het gaat erom de facturatie tijd in overeenstemming te brengen met de tijd die de dames effectief in het hospitaal hebben verbleven. Ik heb dit meer dan eens uitgelegd bij de bespreking van de begroting en van mijn beleidsnota. De facturatie tijd van de hospitalen bij dit soort bevallingen was altijd een halve dag te veel. Ik zet ze gewoon samen.

Het is maar juist dat men factureert hoeveel dagen men moeder en kind heeft verzorgd. Men moet de zaken zeggen zoals zij zijn. Ik vind niet dat u dit moet categoriseren als besparingen op de kap van de hospitalen. Ik vind het maar juist. Wanneer ik op hotel ga, betaal ik ook alleen voor de nachten dat ik er slaap, niet voor de nachten die daarop volgen.

17.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, les hôpitaux vont-ils recevoir un peu plus de 18 millions d'euros en moins? La réponse est affirmative.

Vous aviez dit qu'il s'agirait d'un montant de 11,7 millions. Ce n'est pas le cas. C'est beaucoup plus, à savoir plus de 18 millions. C'est le deuxième problème que je pointe du doigt par ailleurs aujourd'hui. Avez-vous manqué de transparence à l'époque? Avez-vous commis une erreur dans vos calculs? Je n'en sais rien, mais le fait est qu'il était annoncé 11,7 millions en 2015 et que la réalité est tout autre puisqu'il s'agit de plus de 18 millions d'euros.

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

18 Vraag van mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de maatregelen met betrekking tot het misbruik van lachgas" (nr. 2071)

18 Question de Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures prises pour lutter contre l'usage abusif de gaz hilarant" (n° 2071)

18.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, eind januari bespraken de gemeenteraden van

Hasselt, Diepenbeek en Zonhoven of er eventueel GAS-boetes kunnen worden uitgedeeld aan personen die lachgas of distikstofmonoxide gebruiken.

De beslissing drong zich in die gemeenten op, nadat lachgas langzamerhand meer en meer ingeburgerd geraakt op fuiven en studentenevenementen. Lachgas wordt ook gebruikt in de voedsel- en auto-industrie. Zeker door de lage kostprijs en de gemakkelijke verkrijgbaarheid wordt lachgas een populaire drug onder jongeren. De inname ervan kan zorgen voor hallucinaties, misselijkheid en roekeloos gedrag. Bij langdurig gebruik en inname kan er zelfs hersenschade optreden.

Bent u zich bewust van de problematiek? Welke maatregelen stelt u voor om eventueel de verspreiding en het gebruik van lachgas tegen te gaan? Denkt u hierbij aan een sterkere regulering en distributienormen?

18.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Hufkens, wat de bevoegdheid van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten betreft, werden de vergunningen voor het in de handel brengen van een geneesmiddel voor humaan gebruik op basis van lachgas afgeleverd als anestheticum. Het betreft hier dus lachgas als voorschrijfplichtig geneesmiddel. Dat kan enkel via een apotheek ter beschikking worden gesteld aan de patiënt.

Daarbij komt dat de Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik van mening is dat het goed gebruik van een anesthetisch lachgas enkel kan worden gewaarborgd in een hospitaal. Zij adviseert bijgevolg dat de aflevering wordt beperkt tot hospitalen. Daarom is de terugbetaling in België steeds beperkt geweest tot het hospitaalmilieu om veiligheidsredenen. Misbruik van lachgas in de vorm van een geneesmiddel lijkt mij dus zeer beperkt.

Lachgas is echter ook niet als geneesmiddel beschikbaar op de markt, maar wel in de vorm van onder andere slagroompatronen. Die vallen niet noodzakelijk onder mijn bevoegdheid. Niettemin laat ik door mijn administratie onderzoeken of wij hierover meer informatie kunnen vinden. Ik wil evenwel het belang onderstrepen van de verantwoordelijkheid die eenieder draagt om producten alleen te gebruiken waarvoor zij bestemd zijn.

18.03 **Renate Hufkens** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Uiteraard moeten producten gebruikt worden voor het doel waarvoor ze bestemd zijn. Misbruik leidt ertoe dat lachgas, dat echt wel gevaarlijk kan zijn, als een nieuwe drug op de markt komt. In dat opzicht meen ik dat u ter zake wel bevoegd bent. Ik ben dus blij dat u de opdracht zult geven tot meer onderzoek; ik ben benieuwd naar de resultaten.

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

La **présidente**: La question n° 2114 de Mlle Van Camp est transformée en question écrite.

19 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het algemeen oproepnummer 1733" (nr. 2228)

- de heer **Daniel Senesael** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het oproepnummer 1733" (nr. 2664)

19 **Questions jointes de**

- Mme **Valerie Van Peel** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le numéro d'appel général 1733" (n° 2228)

- M. **Daniel Senesael** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le numéro d'appel 1733" (n° 2664)

M. Senesael est absent.

19.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, het algemeen oproepnummer 1733 voor wachtdiensten wordt in verschillende fases ingevoerd. Daarover hebben wij het eerder al eens gehad. Terecht is de volledige operationalisering met enige voorzichtigheid uitgesteld tot juni 2016. Er zijn immers nog verscheidene onbeantwoorde vragen die eerst een oplossing verdienen. Dat hebt u toen ook gezegd.

Ik vind het dan ook een juiste keuze om niet te kiezen voor de overhaaste invoering van het nummer, maar

ervoor te opteren om meer tijd te nemen voor de voorbereiding van het project. Wij delen immers een aantal bezorgdheden vanuit de sector. Zo is het voor ons heel belangrijk dat de triage de patiënt leidt naar de juiste zorg op het juiste moment en door de juiste zorgverlener. Dat is namelijk ook de bedoeling ervan. Dat is in het belang van de patiënt en van de zorgverlener.

Het resultaat mag bijvoorbeeld niet zijn dat de triage zorgt voor een verzwakking van de eerstelijnszorg en een verhoogd bezoek aan de spoeddiensten door patiënten, integendeel. Die kans bestaat wel, bijvoorbeeld wanneer de zorgvraag van de patiënt als niet-urgent wordt beschouwd en hij of zij niet meteen naar een huisarts van wacht wordt doorverwezen, terwijl de patiënt op dat moment natuurlijk wel zonder probleem op de spoeddienst terecht kan.

Hoe zullen de werking van de wachtdiensten en die van de spoeddiensten optimaal op elkaar afgestemd worden? Op welke manier zal ervoor gezorgd worden dat patiënten door de triage bij de juiste zorgverlener terechtkomen en zich niet onnodig tot de spoeddienst zullen wenden? Ik meen dat wij dat effect allebei niet beogen.

19.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Peel, in het kader van de vergadering van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van 22 december 2014 werd inderdaad afgesproken dat de huisartsenwachtposten voor eind 2015 een afsprakenplan met de spoeddiensten uit hun regio moeten opstellen, zodat een betere stroomlijning van het gebruik van de wachtdiensten, wachtposten en spoeddiensten tot stand gebracht wordt.

Tegen 31 maart 2015 zal de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen een model van zo'n geïntegreerd afsprakenplan opstellen waarin oriëntaties inzake een verwijzingsbeleid worden opgenomen. Een dergelijk afsprakenplan zal ook vanaf 2016 als een expliciete financieringsvoorwaarde gelden voor alle betrokken partners uit de eerste, tweede en derde lijn. Daartoe zullen met de betrokken partners de nodige reglementaire aanpassingen worden voorbereid.

De invoering van het nummer 1733 houdt in dat, in het kader van de wachtregeling, naast het gebruik van een nationaal oproepnummer ook een medische regulering en een triage van de oproepen plaatsvindt, op basis van wetenschappelijk gevalideerde protocollen die de dispatchers begeleiden in het behandelen van de oproepen aan de huisartsenwachtdiensten.

Deze oproepen via het nummer 1733 worden beantwoord door de dispatchers in de 100- en 112-centra die eerst een opleiding van zes maanden moeten volgen.

Een andere maatregel die samen met het oproepnummer wordt ingevoerd, is de registratie van de oproepen, waardoor ook een evaluatie en een verbetering van het systeem mogelijk zullen worden. De bedoeling van deze maatregel is om de kwaliteit van de antwoorden op de oproepen tijdens de wachtdiensten te verhogen, zodat de patiënt zo vlug mogelijk de meest gepaste zorg krijgt.

Momenteel is er geen enkele garantie dat de oproepen aangenomen worden door personen die opgeleid zijn voor het behandelen van dergelijke oproepen, want de oproepen worden vaak aangenomen door de secretaresse van de wachtpost of soms door de echtgenoot of echtgenote van de huisarts van wacht, in het beste geval. Ik weet van vroeger, toen mijn echtgenoot mijn oproepen nog moest beantwoorden, dat dit niet altijd eenvoudig is.

Er is een onderzoeksvoorstel gedaan waarbij men voorstelt om, ten eerste, de epidemiologie van de oproepen via het nummer 1733 te bestuderen. Ten tweede stelt men een validering voor en het permanent bijsturen van de gebruikte protocollen door de dispatchers, waarbij ook het functioneren van de dispatchers wordt geëvalueerd. Ten derde stelt men voor ook te bekijken wat de gevolgen zijn van een telefonische triage via 1733 op de werkbelasting van de betrokken hulpverleners in de regio.

19.03 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik begrijp dat ik eigenlijk een beetje te vroeg ben met de vraag, aangezien het model nog uitgewerkt wordt tegen het einde van deze maand. U zult het echter met mij eens zijn dat het zeker een groot aandachtspunt is.

Ik weet niet of u toch reeds iets concreter kunt zijn. Wat zijn de mogelijkheden om de geschetste problematiek te vermijden? Wat kan men doen om te vermijden dat een patiënt die bij de triage wordt verteld dat het niet zo dringend is en dat hij moet wachten tot maandag, naar de spoeddienst gaat? Men zou dan

bijna een link moeten leggen, waardoor die informatie gedeeld wordt met de spoeddiensten in de omgeving. Dat zal een pijnpunt zijn. Ik weet niet in welke mate u zelf reeds een concreet voorstel hebt of wacht u echt af tot het einde van deze maand?

Dan zal ik de vraag met plezier nog eens opnieuw stellen.

19.04 Minister **Maggie De Block**: Dat zijn afspraken die in dat plan moeten gemaakt worden. Als er wordt gezegd dat men naar de spoeddienst moet gaan, moet de spoeddienst dan verwittigd worden? En dan is er natuurlijk het omgekeerde scenario, als men zegt niet naar de spoeddienst te gaan. Wat gaan wij daarmee doen? Men kan niet vermijden dat patiënten toch naar de spoeddienst rijden. Die zaken zullen wij permanent moeten evalueren.

19.05 **Valerie Van Peel** (N-VA): Ik vrees alleen dat de evaluatie dat zal aantonen en dat wij misschien beter op voorhand al bedenken hoe wij dat kunnen vermijden, door op een of andere manier een bepaalde link te leggen. Ik zal de vraag volgende maand opnieuw stellen.

La **présidente**: Il s'agit aussi de savoir jusqu'où on a le contrôle sur ce que font les gens.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La question n° 2212 de Mme Temmerman est transformée en question écrite.

20 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "alcoholverbruik bij tieners" (nr. 2241)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "alcoholverbruik bij jongeren" (nr. 2273)

20 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'alcool par des adolescents" (n° 2241)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'alcool par les jeunes" (n° 2273)

20.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, elke week worden op de spoedafdelingen van de ziekenhuizen 45 tieners binnengebracht in een vergevorderde staat van alcoholische intoxicatie. Bijna 2 400 jongeren tussen 12 en 17 jaar belanden jaarlijks in het ziekenhuis wegens overmatige inname van alcohol volgens de cijfers van het InterMutualistisch Agentschap.

Die alarmerende cijfers vertonen bovendien een stijgende curve. Het is dus allerminst een marginaal probleem.

Sommige experts beweren dat de sensibiliseringsacties van de afgelopen jaren geen soelaas brachten en dat er nood is aan een grootschalig alcoholplan, waarbij de verkoop van alcohol aan min-18-jarigen zelfs verboden zou worden.

Dezelfde experts wijzen erop dat er in 20 van de 28 Europese lidstaten reeds zo'n verbod bestaat. Zij stellen dat dat in een aantal landen ook echt vruchten afwerpt. Of dat wel of niet zo is, laat ik in het midden. Ik was wel verbaasd over uw reactie in de pers, mevrouw de minister. Eerst leek het alsof u helemaal afwijzend stond tegenover de cijfers; u zou daar niets tegen ondernemen. Daarna hebt u die bewering verbeterd. Natuurlijk gaan kranten wel eens kort door de bocht. Hoe dan ook wil ik hier toch wat duidelijkheid over.

Ten eerste, zult u het probleem wel of niet aanpakken op korte termijn? Wat bent u precies van plan?

Ten tweede, u vindt dat de controle op basis van de huidige wetgeving goed moet worden aangepakt. Ik ben het daar volledig mee eens. Tegelijkertijd horen wij echter dat de controledienst van de FOD Volksgezondheid onderbemand zou zijn. Ik wil dan ook graag vernemen hoe u dat zult oplossen.

20.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik sluit mij deels bij mevrouw Jiroflée aan. Er worden inderdaad op alsmaar jongere leeftijd alcoholproblemen ontdekt. Ook vervrouwelijkt de

alcoholconsumptie. Dat moeten wij ook meenemen.

U verklaarde in *Het Laatste Nieuws* dat u uw standpunt nog moest verfijnen. Daarom heb ik de hiernavolgende vraag.

Wat is uw standpunt ter zake?

Ik deel de vraag van mevrouw Jiroflée om de naleving van de wet op de alcoholreclame strenger te controleren. Deelt u onze mening daaromtrent? Zult u meer middelen vrijmaken voor de controledienst?

Mogen wij een alcoholplan verwachten?

Ik deel de mening van mevrouw Jiroflée niet, wanneer zij de experts bijtreedt dat de invoering van een leeftijdsgrens de oplossing zou zijn.

20.03 Karin Jiroflée (sp.a): Ik heb gezegd dat ik dat in het midden laat.

20.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Goede communicatie en gepaste begeleiding zijn erg noodzakelijk. Wij moeten ons nu echter in de eerste plaats op het probleem bij de producenten richten. Dat is ook de reden voor mijn vragen in die zin.

20.05 Minister Maggie De Block: Zoals ik hier in de commissie al heb opgemerkt, is het overmatig gebruik van alcohol een belangrijk probleem in onze samenleving. Er zijn echter verschillende maatregelen nodig om het gebruik ervan aan te pakken. Ook op dat vlak moet er overleg zijn tussen verschillende bevoegde overheden.

Het is dan ook een problematiek die zal worden behandeld tijdens een overleg in de Algemene Cel Drugsbeleid van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zal plaatsvinden. Wij moeten het debat immers ten gronde voeren. Er zullen ook substantiële inspanningen nodig zijn om de kennis over de gevaren van alcohol, de houding van de jongeren en het gedrag op het vlak van alcoholgebruik te veranderen.

Een dergelijke verandering is echter helaas niet alleen de taak van ministers of overheden. Zij vraagt een dagelijks engagement van elk van ons. Ik heb dan ook opgeroepen om, wanneer men iemand – een jongere of een volwassene – ziet die zich in dronken toestand bevindt, hulp te bieden in plaats van ermee te lachen en weg te lopen. Spijtig genoeg wordt dat niet altijd gedaan, met alle gevolgen van dien.

Ik heb ook kennisgenomen van de cijfers van het InterMutualistisch Agentschap. De auteurs zeggen zelf dat het in die oefening om schattingen gaat. Als we de cijfers vergelijken met de minimale ziekenhuisgegevens voor alcoholintoxicaties doorverwezen vanuit de spoeddiensten bij zowel klassieke opnames als dagopnames, zien wij grote verschillen. Enfin, of het nu om tien, honderd of duizend gevallen gaat, de problematiek blijft dezelfde en er moet tegen geageerd worden. Ik zou echter toch enig voorbehoud willen maken bij de cijfers die het agentschap gegeven heeft en waarvan het zelf zegt dat het schattingen zijn.

Het convenant betreffende alcoholreclame, dat voorziet in een autoregulerend systeem en overeengekomen is door de alcoholproducenten, de verdelers, de horecafederaties, de reclamesector en de consumentenorganisaties, is herzien in 2013 en bepaalt onder andere dat reclame zich nooit mag richten tot jongere mensen. De Jury voor Ethische Praktijken is verantwoordelijk voor de controle op de naleving van het convenant. In dezen heb ik dus als minister geen rechtstreekse instrumenten om te reageren tegen mogelijk ongepaste alcoholreclames. Daar is de Jury voor Ethische Praktijken mee bezig. De FOD Volksgezondheid volgt de uitvoering van het convenant nauwgezet op. Er zal ook een evaluatierapport worden gemaakt over de toepassing van het convenant sedert 2013.

Wat de controle op de verkoop van alcohol betreft, de Controledienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid beschikt heden over 24 voltijdse controleurs. Die verrichten jaarlijks een vierduizendtall alcoholcontroles. Ik heb nu gevraagd om dat op te trekken tot vijfduizend controles. Voorts wenst de Controledienst Tabak en Alcohol voor dit jaar het accent te leggen op intensievere controles tijdens mogelijke piekmomenten van inbreuken, dat wil zeggen na de afloop van examenperiodes, tijdens zogezegde dooperperiodes van de studenten en rond honderddagenvieringen, dus op de voorspelbare momenten voor studenten. Hij wil tevens focussen op jongerenfeesten en festivals en gerichte controles uitvoeren in nachtwinkels in de buurt van scholen en uitgangsbuurtten of feestzalen waar jongeren nogal

eens samenkomen, zoals jeugthuizen.

Tot slot wil de FOD Volksgezondheid sterk inzetten op de bewustmaking van en een goede samenwerking met alle betrokkenen: organisatoren van fuiven en evenementen, jeugdverenigingen, lokale besturen, lokale oppositie enzovoort.

Die samenwerking met en bewustmaking van de verschillende partners wordt zowel door de administratie als door die partners ervaren als een meerwaarde.

Ik wil erop wijzen dat men verondersteld wordt en zelfs verplicht is om hulp te bieden aan iemand die ziek is of in nood verkeert door overmatig alcoholgebruik, medicatie of iets anders. Bel de 100, bel de hulpdiensten, bel de ouders of wie men ook wil, maar zie dat iemand zich ontfremt over die persoon en laat hem niet alleen verder sukkelen, met alle mogelijke gevolgen van dien.

20.06 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik ben blij dat u duidelijk begaan bent met de problematiek.

Ik heb toch twee opmerkingen. Ten eerste, we weten allemaal dat alcoholreclame zich niet mag richten tot jonge mensen. De alcoholindustrie richt zich echter alsmaar vaker op jonge mensen en biedt producten aan die hen kunnen verleiden. Het gaat dan niet over de reclame, maar over het product zelf.

Ten tweede, ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag of de controledienst nu al dan niet onderbemand zou zijn.

20.07 Minister Maggie De Block: Ik heb gezegd dat er 24 voltijdse equivalenten zijn, die nu vierduizend controles doen. Wij zullen vragen om vijfduizend controles te doen. Er zal daarvoor een aanpassing binnen die diensten moeten gebeuren.

20.08 Karin Jiroflée (sp.a): Dat is goed.

20.09 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb geen repliek.

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

21 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod op tabaksreclame" (nr. 2262)

21 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de la publicité pour le tabac" (n° 2262)

21.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in tegenstelling tot de voorbije jaren neemt het aantal rokers in de leeftijdscategorie van 12 tot 18 jaar niet meer af. Ook de Vlaamse Liga Tegen Kanker klaagt dat aan en wijt dat aan het gegeven dat de tabaksindustrie haar reclame echt zou richten op die doelgroep. Bij controles, uitgevoerd door de diensten van Volksgezondheid, blijkt dat één op zes winkels de regels van de tabakswet overtreedt. Die overtredingen vinden meestal plaats in de vorm van de verkoop van sigaretten onder de prijs en de affichering van te veel tabaksreclame.

Tegen overtredingen worden zware boetes opgelegd en dat juichen wij uiteraard toe. De boetes, die steeds meer gericht zijn op de tabaksfabrikanten en niet op de verkooppunten, maken op die fabrikanten echter niet meteen indruk. Volgens de controlediensten worden de meest gekke achterpoortjes gezocht om toch maar op de grens van het wettelijke en toelaatbare tabak te kunnen adverteren.

Mevrouw de minister, vandaar heb ik de volgende vragen.

Bent u van plan om de controles op de naleving van de tabakswet op te voeren? Bent u ook van plan om bij inbreuken de boetes te verhogen?

Nu worden enkel de tabaksfabrikanten beboet en niet de verkooppunten. Overweegt u om ook boetes op te leggen aan de verkooppunten zelf, om hen zo meer onder druk te zetten om niet in te gaan op de opdrachten van de tabaksfabrikanten?

Bent u van plan om een totaal verbod op te leggen op het vertonen van sigarettenpakjes in de winkel, de zogenaamde *display ban*, die deze problematiek volledig van de kaart zou vegen?

21.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de Controledienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid verricht jaarlijks een duizendtal controles op de tabaksreclamewetgeving. In 2014 werden er 31 processen-verbaal opgesteld op duizend controles. De marketingstrategie maakt dat er verschillende mogelijke inbreuken begaan kunnen worden. Zo kan een breed gamma aan types verpakkingen worden gebruikt. Sigaretten worden verkocht in pakjes van 19 tot 38 stuks en roltabak wordt aangeboden in pakjes van 30 gram maar ook in emmers van 500 gram. Dikwijls wordt de consument beloond bij aankoop van de grootste verpakkingen met een prijsreductie tot tien procent. Ook worden steeds meer reclameslogans of andere elementen met het merk verbonden en zodoende geafficheerd. Ik vernoem ook het aanbrengen van tabaksreclame in krantenwinkels die door diversificatie geëvolueerd zijn tot stripwinkels, kruideniers en buurtwinkels.

De huidige boetes zijn volgens mij belangrijk genoeg, want ze variëren van 60 000 euro tot 600 000 euro. Ik zal bijgevolg geen initiatief nemen om die boetes nog te verhogen.

Ik kan wel vermelden dat iedereen die bij de verspreiding van tabaksreclame betrokken is, kan worden bestraft. Ook verkooppunten kunnen op eigen initiatief de tabaksreclamewetgeving overtreden. Dan worden alleen zij geverbaliseerd.

De FOD Volksgezondheid werkt momenteel nog aan de omzetting van de tabaksrichtlijn waarin overleg centraal staat met, enerzijds, de verplichte omzettingsmaatregelen en, anderzijds, eventuele bijkomende beschermende maatregelen voor de volksgezondheid.

In dit overleg komen alle extra mogelijke maatregelen aan bod. De uiteindelijke keuzes zullen steeds worden getoetst aan de bijdragen die ze kunnen leveren aan een betere volksgezondheid.

21.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, dat klinkt goed. Wij hopen dan ook op een terugkoppeling nadat die maatregelen zijn afgesproken. Wanneer mogen wij dat ongeveer verwachten?

21.04 Minister **Maggie De Block**: Ik heb geen timing gekregen, maar daar wordt wel aan doorgewerkt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

22 **Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 2270)**

22 **Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins de santé mentale" (n° 2270)**

22.01 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik zal het hebben over de geestelijke gezondheidszorg en in het bijzonder de toegankelijkheid van de psychische zorg. De aanleiding voor mijn vraag zijn de cijfers uit de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Daaruit blijkt dat België koploper is in het slikken van psychofarmaca.

Zowel slaap- en kalmeermiddelen als antidepressiva gaan vlot over de toonbank. Bij 75-plussers is het gebruik spijtig genoeg enorm. Zo slikt 26 % van de mannen en liefst 40 % van de vrouwen die geneesmiddelen. Bovendien weten wij ook dat een derde van de Belgen die langdurig werkonbekwaam zijn, dat helaas is wegens psychologische problemen. Heel wat mensen grijpen dan naar geneesmiddelen, terwijl een goed gesprek met een psycholoog vaak meer soelaas brengt. Dat is niet alleen beter voor hen, het kost de samenleving ook veel minder. Zolang psychotherapie echter niet goedkoper wordt, zal de consumptie van geneesmiddelen blijven stijgen. Het taboe om mentale hulp te zoeken, zal overeind blijven.

Ik heb daarover een drietal vragen voor u.

Op welke termijn wilt u de terugbetaling van de psychische zorg rond hebben? In maart is er een budgetcontrole. Voorziet u dan een eerste stap voor de terugbetaling voor de meest kwetsbare groep, met andere woorden voor de mensen die onder de verhoogde tegemoetkoming vallen? Wanneer plant u de

terugbetaling van psychische zorg voor alle groepen?

La **présidente**: Il serait peut-être bien de ne pas avoir ici un salon de conversation à voix haute. L'intérêt, c'est quand même d'écouter les questions et les réponses.

22.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Detiège, dit is een vraag die hier reeds meermaals aan bod is gekomen.

Ik onderschrijf het belang van de ambulante geestelijke gezondheidszorg op een niet-farmacologische manier. Het is inderdaad mijn doelstelling om ook de toegankelijkheid van de psychische zorgverlening in de toekomst te verbeteren.

Wat nieuwe maatregelen betreft, lijkt het mij logisch dat een rol wordt toegekend aan de verstrekkers die erkend worden in toepassing van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen. Die wet is er gekomen op het einde van de vorige legislatuur en u weet ook dat er toen werd beslist om die pas te laten ingaan op 1 september 2016. Dat werd ook opgenomen in de wet. Het is niet voor niets dat men zo'n lange periode heeft vastgelegd. Immers, veel van wat in deze wet staat, moet nog in KB's worden vastgelegd en bovendien moeten er nog inhoudelijke beslissingen worden genomen en regelgevend werk worden verricht.

Alvorens een regeling over de terugbetaling kan worden uitgewerkt, moet er ook worden nagedacht over de plaats die men geeft aan de nieuwe verstrekkers in het landschap van bestaande structuren en zorgverleners en moet rekening worden gehouden met de knelpunten die nu reeds bestaan. In dat verband denk ik aan de vele aanmeldingen bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Om dit te onderzoeken, loopt er bij het federaal Kenniscentrum een studie over mogelijke modellen van organisatie en terugbetaling voor klinische psychologie, psychotherapie en orthopedagogie in België. In het licht van deze studie zal het Kenniscentrum de verschillende stakeholders bevragen.

Het lijkt mij dan ook voorbarig om nu, bij de begrotingscontrole in maart, reeds middelen te vragen voor nieuwe maatregelen omdat men dus reeds zeker weet dat die wet pas midden 2016 in uitvoering gaat. Ik meen ook dat er geen onderscheid kan worden gemaakt in de nood aan terugbetaling tussen personen met of zonder een verhoogde tegemoetkoming. Voor deze laatste groep moet het legislatief werk nog gebeuren. De vraag of men nood heeft aan psychologische ondersteuning hangt niet af van het inkomen, maar gewoon van de geestesgesteldheid. Als men nood heeft aan psychische zorg, moet men die ook krijgen, ongeacht het statuut.

22.03 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik merk dat u dit thema van nabij volgt.

Wat u zegt klopt: als er nood is aan psychische zorg, moet dat voor iedereen gelden. Daarom is een herstructurering een goede zaak. Als ik kijk naar Vlaanderen, waar er bij minister Vandeuren enorme wachtlijsten zijn, dan moet er ook daar heel hard worden gewerkt en moeten er verbeteringen worden aangebracht. Dat is echter niet uw terrein, dat weet ik ook.

Voorts meen ik dat de toegankelijkheid van de zorg, waarmee ik de terugbetalingen bedoel – dat is een federale bevoegdheid – hoog op de agenda mag staan.

U zegt dat er op 1 september 2016 nieuwe initiatieven kunnen komen. Ik hoop dat dit effectief zal gebeuren en dat er eventueel een hervorming zal starten als u de gegevens van het Kenniscentrum hebt. Dat deel, dus niet enkel de hervorming of het structurele luik maar ook het financiële luik, moet mee worden bekeken. De toegankelijkheid van de zorg vormt immers een geheel. Ik begrijp echter halvelings dat u dat toch wel wil doen. Ik zie u knikken. Ik zal deze aangelegenheid van nabij volgen en ik heb er alle vertrouwen in dat u het belang van de kwestie inziet.

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

La **présidente**: La question n° 2272 de Mme Muylle est transformée en question écrite.

23 **Samengevoegde vragen van**

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NIPT-test" (nr. 2275)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NIPT-test" (nr. 2350)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "NIPT, NIFTY en geslachtsbepaling" (nr. 2548)

23 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test DPNI" (n° 2275)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test DPNI" (n° 2350)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le DPNI, le NIFTY et la détermination du sexe" (n° 2548)

23.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het blijkt dat vorig jaar in ons land ruim twaalfduizend NIPT-tests zijn verricht. Dankzij die bloedtest kan al vroeg tijdens de zwangerschap een niet-invasieve risicobepaling voor het downsyndroom worden gedaan. De test is echter wel prijzig en kost tussen 450 en 600 euro. Naar ik heb begrepen, wordt de terugbetaling enkel in hoogerisicosituaties toegepast, wat neerkomt op zowat vijfduizend terugbetaalde tests per jaar.

De test voorspelt ook Down bij laagrisicozwangerschappen. Het fenomeen dat wij daarbij zien ontstaan, is dat goeude gezinnen de test ook buiten de hoogerisicosituaties betalen, terwijl dat voor gezinnen die het niet zo breed hebben, niet evident is. Met de huidige combinatietests wordt jaarlijks een vijfde van de foetussen met Down gemist. Daardoor riskeren wij van Down een syndroom te maken dat op termijn vooral of uitsluitend bij kinderen uit lagere klassen voorkomt.

De NIPT-test geniet ook veruit de voorkeur op andere invasieve tests, die jaarlijks immers tot een vijftigtal onvrijwillige zwangerschapsonderbrekingen leiden. Het zou spijtig zijn, mocht de kostprijs resulteren in het gebruik van risicovollere tests bij moeders uit lagere klassen.

Het huidige voorgestelde bedrag voor terugbetaling is 460 euro. In de herfst zou het Belgische bedrijf Multiplicom een testkit op de markt brengen tegen de prijs van 250 euro. Het KCE stelde voor volledig op de NIPT-test over te schakelen, zeker indien de prijs naar 150 euro zou zakken.

Daarom heb ik de hiernavolgende vragen.

Ten eerste, waarom wordt de combinatietest niet bij alle vrouwen uitgevoerd? In *De Standaard* was immers te lezen dat slechts 100 000 van de 128 000 zwangere vrouwen de test krijgen.

Ten tweede, overweegt u de NIPT-test voor zwangere vrouwen verplicht te maken? Zal dat dan voor alle vrouwen op vrijwillige basis gelden of enkel voor vrouwen met een hoog risico? Zal dat dan tegen de huidige prijs gebeuren of indien de prijs zakt? Waarop is uw overweging gebaseerd?

Ten derde, overweegt u de NIPT-test terug te betalen als triage na een positieve screening of als primaire screening?

Ten vierde, overweegt u om bij een prijsdaling naar 250 euro de drempel voor verwijzing naar de NIPT-test te verlagen? Vanaf welke prijs overweegt u de combinatietest door de NIPT-test te vervangen?

Ten slotte, hoe verlopen de onderhandelingen over een terugbetaling van de NIPT-test bij hoogerisicozwangerschappen?

23.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u werkt op dit moment samen met het RIZIV aan een terugbetaling van de NIPT-test en u kiest ervoor om dit te doen voor vrouwen die tot de risicogroep behoren. Ik steun u hierin, om twee redenen. Op die manier vermijden we een aantal miskramen ten gevolge van een vruchtwaterpunctie, maar we doen ook niet aan *overshooting*. Niet voor elke vrouw, wel voor risicogroepen, wat absoluut aansluit bij onze visie.

Mijn collega heeft reeds het verhaal over de kostprijs verteld, maar ondertussen is er nog een andere test op de proppen gekomen, de NIFTY of niet-invasieve foetale trisomie test, die vanaf de tiende

zwangerschapsweek kan worden uitgevoerd, zonder risico op een miskraam en met een correcte detectie in 99,5 % van de gevallen.

Die NIFTY-test is nu al goedkoper, met 395 euro, veiliger en accurater. Die NIFTY doet echter nog wat meer. Hij kan ook nog andere genetische afwijkingen vinden, zonder meerprijs, en een aantal zaken, zoals de geslachtsbepaling en afwijkingen op het geslachtschromosoom.

Mevrouw de minister, aan de hand van deze extra informatie wil ik u de volgende vragen stellen.

Is de NIFTY volgens u beter en betrouwbaarder dan de NIPT-test? Werkt u daaraan? Wat is uw standpunt inzake de terugbetaling?

Is het volgens u wel wenselijk dat zwangere koppels zo vroeg in de zwangerschap onder andere het geslacht van de foetus kunnen achterhalen? Wij willen allicht niet evolueren naar Chinese toestanden. Graag uw mening hierover.

23.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, mevrouw Dedry, ik dank u voor het aankaarten van dit delicate onderwerp.

Ik heb alleen gegevens met betrekking tot de terugbetaalde verstrekkingen. De NIPT-test wordt tot op heden niet terugbetaald; ik heb dus ook geen kennis van het aantal tot nu toe uitgevoerde NIPT-testen bij zwangere vrouwen.

Het is inderdaad niet mijn intentie om deze test verplicht te maken, maar wel om in voorkomend geval en volledig in de geest van het regeerakkoord te voorzien in een toegankelijke, betaalbare en hoogkwalitatieve test.

Ik heb aan de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV gevraagd om een terugbetalingsvoorstel te formuleren, waarbij rekening wordt gehouden met de aanbevelingen van de rapporten.

Rekening houdend met de verschillende scenario's die in dit verband zijn geanalyseerd in het rapport van het Kenniscentrum en de huidige prijs van de test, zullen wij die nog niet meteen kunnen aanbieden in het kader van een veralgemeende screening.

We zullen hem wel onder bepaalde voorwaarden kunnen invoeren. Ik denk daarbij aan een hoogrisicozwangerschap of een afwijkende test voor het syndroom van Down. Deze test kan vervolgens ook worden terugbetaald in de tweede lijn bij hoogrisicozwangerschappen. Dat zou per jaar een vijftigtal miskramen kunnen vermijden door invasieve testen zoals puncties.

Ik heb nog geen onderzoek gevraagd over de NIFTY-test. Ik zal dit misschien alsnog doen, want het betreft hier een nog recenter gegeven.

Er was ook een vraag over de Nederlandse patiënten. Ik kan hun niet beletten in België een dergelijke test te laten uitvoeren. Het gaat om grensoverschrijdende zorg en dat valt onder een Europese richtlijn en verordening. Zij kunnen natuurlijk hier geen terugbetaling krijgen, maar ik kan het hun niet verbieden.

Er zijn gesprekken geweest. De prijzen zijn al gedaald, want men komt van meer dan 800 euro. Aan deze prijs kan ik de testen echter niet veralgemeend laten terugbetalen. Wij hebben wel een voorstel laten formuleren om ze in de tweede lijn in te schakelen.

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

Ik mis nog een antwoord op mijn eerste vraag over de klassieke combinatietest. Ik heb gelezen dat deze test slechts bij 100 000 van de 128 000 zwangere vrouwen wordt uitgevoerd. Ik heb geen antwoord gekregen op de vraag waarom deze test niet bij alle zwangere vrouwen wordt uitgevoerd.

23.05 Minister **Maggie De Block**: Dit valt eigenlijk onder de normale onderzoeken bij elke zwangerschap: drie echo's en die test. Ik kan mij alleen voorstellen dat sommige mensen dit weigeren, omdat zij geen beslissing willen nemen als de test positief zou zijn. Sommige mensen willen het niet weten, omdat een

afwijkend resultaat hen niet zou aanzetten tot een zwangerschapsonderbreking. De test behoort echter tot de gangbare procedure bij een zwangerschap.

23.06 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat is duidelijk en op de andere vragen heb ik ook een goed antwoord gekregen. Wij kijken natuurlijk uit naar het resultaat van die onderhandelingen.

23.07 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik begrijp dat u niet alles kunt weten en niet alles direct onderzocht kunt hebben. De NIFTY-test betreft inderdaad zeer recente medische informatie. Het leek mij echter heel interessante informatie. U zegt dat u het gaat onderzoeken. We krijgen dan allicht nog een antwoord?

23.08 Minister Maggie De Block: Ik zal het moeten vragen.

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

24 Vraag van mevrouw Sarah Claerhout aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "experten en verzekeringsartsen" (nr. 2285)

24 Question de Mme Sarah Claerhout à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les experts et les médecins-conseils des assurances" (n° 2285)

24.01 Sarah Claerhout (CD&V): Mevrouw de minister, voor wie een verkeersongeval heeft gehad en er, bijvoorbeeld, een chronische whiplash aan overhoudt, begint vaak een lange en bikkelharte juridische strijd.

Verzekeringsondernemingen bepalen vrij met welke arts zij werken en rechtbanken proberen onafhankelijke expertiseartsen aan te stellen. In de praktijk blijkt dat bepaalde artsen die reeds meermaals voor een verzekeringsonderneming hebben gewerkt, in een andere zaak kunnen optreden als expertisearts om de belangen van het slachtoffer te verdedigen, dus eigenlijk tegen zijn vroegere werkgever, die dan de tegenpartij is. Slachtoffers vragen zich dan ook terecht af of zij wel een eerlijke kans maken.

Hoven en rechtbanken hebben wettelijk de mogelijkheid om lijsten van deskundigen op te stellen, maar ze hebben tot op heden geen objectieve maatstaven. Er is bovendien een beperkt aanbod van artsen en specialisten die het werk voor een rechtbank erbij willen of kunnen nemen. Het ministerieel besluit van 22 januari 2007 bepaalt de erkenningscriteria voor de geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor het specifieke vakgebied van de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise.

Reeds in 1998 besloot een werkgroep van magistraten, het parket en de Orde van Advocaten een koninklijk besluit op te stellen met de regels voor het opstellen van een lijst van deskundigen of experts. De kwalificaties, de aanstellingsprocedure, de beoordeling van ervaring en dergelijke zouden daarin vervat kunnen worden.

Hebt u kennis van klachten aangaande de perceptie van onpartijdigheid van de experts? Is het aantal klachten in de voorbije vijf jaar gestegen?

Kan een omzendbrief met richtlijnen of een ander wetgevend initiatief een oplossing bieden aan de praktijkproblemen, zijnde enerzijds de schaarste aan deskundigen en, anderzijds, het gevoel van slachtoffers dat hun lichamelijke klachten niet op een onpartijdige manier worden bekeken?

Ten slotte, kunt u de problematiek aankaarten bij de minister van Justitie, de heer Geens, en samen eventueel een oplossing uitwerken?

24.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Claerhout, ik heb geen weet van een stijgend aantal vragen van burgers over de onafhankelijkheid van de deskundigen.

De publicatie in het *Belgisch Staatsblad* van 19 december 2014 van de wet van 10 april 2014 tot oprichting van een nationaal register voor gerechtsdeskundigen beoogt de verdere uitbouw van een kwalitatief deskundigenonderzoek in ons land. Voor de toekomst worden de eisen van beroepsbekwaamheid en relevante ervaring als voorwaarden gesteld om opgenomen te worden in het register en dat is aanvullend op de bestaande bepalingen in het Gerechtelijk Wetboek die onder meer objectiviteitsgaranties nastreven.

Het nieuw wetgevend initiatief kan een aanleiding zijn voor verder overleg tussen Justitie en de verschillende sectoren, waaronder de verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise. Ik zal dat dan ook aankaarten bij mijn collega, de minister van Justitie.

24.03 Sarah Claerhout (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u daarvoor en ik kijk ernaar uit om daar meer van te horen, nadat u de kwestie aangekaart hebt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 2286, 2290, 2354 et n° 2357 de Mme Yoleen Van Camp sont transformées en questions écrites. La question n° 2294 de Mme Karin Jiroflée est retirée.

25 Questions jointes de

- **M. Benoît Friart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie du vaccin BCG" (n° 2428)**

- **M. Alain Mathot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de vaccins utilisés dans le traitement de la tuberculose et du cancer de la vessie" (n° 2672)**

- **Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les ruptures de stock de médicaments" (n° 2386)**

25 Samengevoegde vragen van

- **de heer Benoît Friart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan BCG-vaccins" (nr. 2428)**

- **de heer Alain Mathot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebrek aan BCG-vaccins tegen tuberculose en blaaskanker" (nr. 2672)**

- **juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het niet voorradig zijn van geneesmiddelen" (nr. 2386)**

25.01 Benoît Friart (MR): Madame la présidente, madame la ministre, depuis quelques mois, il y a pénurie en europe du vaccin BCG de Calmette et Guérin, utilisé pour lutter contre la tuberculose et également contre le cancer de la vessie. Ce phénomène touche plusieurs pays en Europe, parmi lesquels le nôtre et la France.

En Belgique, les deux firmes qui commercialisent ce médicament, Organon et Lampero, ne sont aujourd'hui plus en mesure de le produire et le distribuer en quantité suffisante. La presse a relaté voici peu que trois patients avaient été contraints d'arrêter leur traitement en Belgique.

Afin d'éclaircir cette situation et de prévenir l'aggravation d'une telle situation, je voudrais vous poser quelques questions. Quelles mesures provisoires ont-elles été mises en place pour lutter contre cette pénurie? Qu'en est-il des autres solutions éventuelles? Qu'en est-il de la communication entre l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et les patients, médecins et pharmaciens à ce sujet? L'Agence possède-t-elle plus d'informations sur la pénurie et sur une éventuelle solution qui verrait le jour prochainement? Des initiatives sont-elles prises sur le plan européen pour trouver une solution au problème d'approvisionnement de ce médicament?

25.02 Alain Mathot (PS): Madame la présidente, je remercie notre collègue de nous laisser passer avant elle.

Madame la ministre, je ne vais pas répéter le propos de mon collègue. L'une des deux sociétés qu'il a évoquées doit affronter des problèmes de production, tandis que l'autre n'a pas la capacité de produire. Il en découle logiquement un phénomène de pénurie de vaccins.

D'autres pays sont concernés. Nous ne pouvons donc pas nous y fournir.

M'associant aux questions qui viennent d'être posées, je voudrais savoir par ailleurs si l'on sait quand une solution sera trouvée. Existe-t-il un schéma à l'échelle européenne?

25.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de inleiding werd door de collega's gegeven. Ik beperk mij tot de vragen, vooral de vragen die nog niet werden gesteld. Ik had het onderwerp wat meer opengetrokken.

BCG is natuurlijk een specifiek probleem, waarbij het soms ook misloopt bij het klaarmaken van de medicatie.

Het komt nu in de aandacht, maar die stockbreuken komen ook voor bij andere medicamenten. Het gaat soms om echt courante zaken en cruciale medicamenten, zoals Solu-Medrol, Myacalcic en bepaalde cytostatica.

Wat ik vooral wou weten, is wat er met de patiënten moet gebeuren als die medicatie niet meer voorradig is. Bestaan er richtlijnen? Wie krijgt er voorrang? Hoe komt het dat de informatie van het FAGG niet altijd strookt met die van de firma? Bijvoorbeeld in het specifieke geval van BCG was er tegenstrijdige informatie geafficheerd.

De farmaceutische firma's, de groothandelaars en de apothekers hebben wettelijke verplichtingen inzake de correcte bevoorrading van medicatie. Zij zijn ook verplicht om de onbeschikbaarheid en de reden daarvoor op de website van het FAGG te rapporteren. Hoe vaak stelde het FAGG in het voorbij jaar inbreuken vast? Hoeveel dossiers daarvan werden naar het parket overgezonden? Wat zijn de voornaamste redenen voor de onbeschikbaarheid? Zoals ik zei, bijvoorbeeld in het geval van BCG, kan het ook gaan over problemen met de productie van de medicatie door de ziekenhuisapotheken zelf, terwijl het — dit is natuurlijk problematisch — ook om commerciële belangen kan gaan. Kan dat vastgesteld worden? Hoe vaak komt dat voor?

In welke oplossingen voorziet u voor dergelijke problemen? Denkt u eraan om uniforme prijsafspraken te maken met andere landen, zodat het verschil in de opbrengsten wordt uitgevlakt? Een tweede mogelijkheid is het aanleggen van grotere voorraden. Ziet u nog heil in het uniformeren van bepaalde behandelingen, bijvoorbeeld oncologische behandelingen, zowel nationaal als internationaal, wat op het veld grote inspanningen vereist en blijkbaar toch niet altijd tot het gewenste voordeel van continuïteit van de behandeling leidt?

25.04 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, chers collègues, je vous remercie pour vos questions.

Il existe en effet en Belgique, ainsi que dans d'autres pays, une situation d'indisponibilité de ce type de médicaments. En raison de l'indisponibilité à l'étranger, l'approche standard, à savoir l'importation, n'est pratiquement pas possible. L'AFMPS a publié sur son site un communiqué destiné aux patients, aux médecins et aux pharmaciens concernant l'indisponibilité des médicaments à base du Bacille de Calmette et Guérin (BCG).

Afin d'optimiser l'utilisation du stock disponible, l'AFMPS propose aux professionnels de la santé concernés, surtout les urologues et les oncologues, l'usage rationnel des stocks d'OncoTICE et de BCG-Medac qui seraient encore disponibles sur le marché belge. Ces recommandations sont disponibles aussi sur le site internet de l'AFMPS.

Il est recommandé d'utiliser le médicament uniquement auprès des patients pour qui ce traitement est indiqué d'après les *guidelines* cliniques telles que, par exemple, les *guidelines* de l'Association européenne d'Urologie.

Er wordt ook aanbevolen het geneesmiddel alleen te gebruiken voor de personen voor wie het aangeraden is, in de hoop met de aanwezige stock verder te kunnen.

Bovendien vraagt het FAGG aan de betrokken gezondheidsbeoefenaars om contact op te nemen, om voorraden geneesmiddelen te melden die nog in de ziekenhuizen voorhanden zouden zijn of die zich nog in bepaalde ziekenhuisapotheken zouden bevinden. Tot slot suggereert het FAGG alternatieve therapeutische aanpakken volgens de klinische *guidelines*, zoals hyperthermie, geïnduceerd door microgolven, en de elektromotorische toediening van geneesmiddelen.

Het FAGG heeft de firma's trouwens aangeraden om een Dear Healthcare Professional Communication aan de betrokken gezondheidsbeoefenaars, oncologen en urologen te sturen. Volgens de firma's wordt het vermoedelijk einde van de beschikbaarheid van OncoTICE voor 15 maart 2015 verwacht. Wij zullen zien of dat ook het geval is.

Die dossiers worden zowel op nationaal als op Europees niveau nauwkeurig opgevolgd. De betrokken firma's stellen dan ook alles in het werk om de geneesmiddelen zo vlug mogelijk weer beschikbaar te maken.

Mevrouw Van Camp, het is niet alleen een kwestie van stock. Soms vindt er ook een breuk plaats in een productielijn. In dat geval komen er vroeg of laat te weinig geneesmiddelen, wetende dat vaccins ook een beperkte houdbaarheidsdatum hebben. Een te grote stockvoorraad is dus even gevaarlijk, want een vervallen vaccin kan natuurlijk niet gebruikt worden.

U vraagt ook heel gedetailleerd naar cijfers, bijvoorbeeld over het aantal keren dat zich een bevoorradingsprobleem heeft voorgedaan. Die gegevens moet ik spijtig genoeg schriftelijk opvragen, want die konden binnen de antwoordtijd door mijn administratie niet verzameld worden. Ik wil erop wijzen dat het heel veel werk vergt om dat allemaal op te zoeken door de administratie en door het FAGG. Zoals u weet, lopen er geen duizenden ambtenaren rond. Ik wil die cijfers voor u wel opvragen, maar dat zal wat meer tijd vergen.

In ieder geval, het probleem doet zich ook op internationaal niveau voor. Bij stockbreuken in medicatie moeten wij kort op de bal kunnen spelen. Wij zullen daarover zeker nog overleggen met alle Europese landen. Aan de bron van mogelijke stockbreuken liggen echter verschillende mogelijke oorzaken ten grondslag.

25.05 Benoît Friart (MR): Madame la ministre, je vous remercie. J'entends que tout pourrait rentrer dans l'ordre après le 15 mars. Ce sera important pour tous ces malades qui ont un besoin urgent de ce médicament. Nous resterons attentifs à ce problème dans les prochaines semaines.

25.06 Alain Mathot (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Je reste également attentif à ce dossier car les patients sont dans une situation particulièrement grave.

La **présidente:** Madame Van Camp, vous transformez certains éléments de votre question en question écrite, puisque cela demande des recherches.

25.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik zal de rest van mijn vragen schriftelijk stellen. Ik meen dat het in dit verhaal belangrijk is om te nuanceren en om na te gaan waar de problemen zich precies situeren.

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

*La réunion publique de commission est levée à 18.00 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.00 uur.*