

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 31 MAART 2015

Namiddag

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

du

MARDI 31 MARS 2015

Après-midi

La séance est ouverte à 14.20 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 14.20 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de niet-conventionele medische praktijken, in het bijzonder de acupunctuur" (nr. 2554)

01 Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des pratiques médicales non conventionnelles, et l'acupuncture en particulier" (n° 2554)

01.01 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, op het einde van de vorige legislatuur is deze commissie begonnen met de uitvoering van de wet-Colla om zo de niet-conventionele praktijken te regelen. Tot mijn spijt hebben we dit werk niet kunnen vervolledigen voor het einde van de legislatuur. De uitvoering van de wet laat al lang op zich wachten maar is broodnodig. Ik hoop dan ook dat dit werk zal worden voortgezet en dat u dit, net als uw voorgangster, samen met de commissie wil doen.

Acupunctuur is een van deze niet-conventionele praktijken.

Als ik te snel praat voor de vertalers, zegt u het maar.

La **présidente**: Attention, madame Detiège, il ne faut pas confondre lire très vite et résumer pour ne dire que l'essentiel.

01.02 **Maya Detiège** (sp.a): Goed, maar als ik gewoon begin duurt het langer.

Binnen de acupunctuur zijn er al verschillende beroepsverenigingen actief. Deze vragen niets liever dan het uitwerken van een statuut, niet om in aanmerking te komen voor terugbetaling, wel om de veiligheid van de patiënt te garanderen. Dit staat voor de beroepsverenigingen voorop, wat ook logisch en nodig is. Vandaag kan iedereen zich immers nog steeds acupuncturist noemen, zonder de minste opleiding. Het lijkt mij dan ook een goede zaak, mocht u de uitwerking van de wet-Colla voortzetten, dat we dan beginnen met het deel acupunctuur.

Ik heb drie vraagjes voor u.

Mevrouw de minister, gaat u de uitvoering van de wet-Colla, waarmee men in de vorige legislatuur was begonnen, voortzetten?

Ten tweede, zult u voor deze uitwerking samenwerken met de commissie zoals voorheen?

Ten derde, kunt u hierop een timing plakken?

01.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Detiège, zoals bepaald in het regeerakkoord zal er eerst een evaluatie komen van de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken, waaronder de

acupunctuur. Die evaluatie zal over alle aspecten van die wet gaan. Zoals u weet, is dit een complex en gevoelig dossier met een heel grote voorgeschiedenis. Ik kan u nog geen tijdschema geven. Alles hangt natuurlijk in de eerste plaats af van die evaluatie, die het resultaat zal zijn van een samenwerking tussen de administratie, mijn beleidscel, de representatieve beroepsverenigingen en de faculteiten geneeskunde. Gezien de draagwijdte van het overleg begrijpt u dat dit enig werk vergt.

De eventuele veranderingen zullen vanzelfsprekend eerst worden voorgelegd aan deze Kamercommissie.

01.04 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb begrepen dat u overleg pleegt met de mensen die betrokken moeten worden en dat u dan ook feedback zult geven aan ons Parlement. Ik kijk verheugd deze ontmoeting met de experts tegemoet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuw(e) medicijn(en) voor hepatitis C" (nr. 2555)
- de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe geneesmiddelen tegen hepatitis C" (nr. 2641)
- de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de FibroScan" (nr. 2642)
- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van hepatitis C met sofosbuvir" (nr. 2671)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hepatitis C" (nr. 3057)
- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het hepatitis C-plan, de nieuwe geneesmiddelen tegen hepatitis C en FibroScan®" (nr. 3160)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de implementatie van het plan tegen hepatitis C" (nr. 3378)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beleidsmaatregelen tegen hepatitis C" (nr. 3402)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beleidsmaatregelen tegen hepatitis C" (nr. 3409)

02 **Questions jointes de**

- Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le(s) nouveau(x) médicament(s) pour l'hépatite C" (n° 2555)
- M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les nouveaux médicaments contre l'hépatite C" (n° 2641)
- M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du FibroScan" (n° 2642)
- M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement du VHC par le sofosbuvir" (n° 2671)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hépatite C" (n° 3057)
- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan hépatite C, les nouveaux médicaments contre l'hépatite C et le FibroScan®" (n° 3160)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre du plan contre l'hépatite C" (n° 3378)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures prises pour lutter contre l'hépatite C" (n° 3402)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures prises pour lutter contre l'hépatite C" (n° 3409)

02.01 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, een tijdje geleden konden wij lezen dat er een doorbraak is in de behandeling van hepatitis C, en dat een bepaald medicijn uitstekende resultaten oplevert. Het nadeel ervan is niet zozeer dat er veel medische bijwerkingen zouden zijn, maar dat er een bijwerking op financieel vlak is. Met andere woorden, voor de meeste mensen is dit medicijn onbetaalbaar. Ik hoor zelfs prijzen van 60 000 tot 120 000 euro.

Dit is een probleem dat wij kunnen vaststellen bij vele nieuwe geneesmiddelen. Het geneesmiddel waarover ik het heb, is Sovaldi van de firma Gilead. Het blijkt op alle vlakken beter te zijn dan de bestaande geneesmiddelen. Het geneest beter en het heeft zoals gezegd minder bijwerkingen. Het slaagt er ook in het virus nagenoeg te doen verdwijnen. Zo kunnen levertransplantaties of behandelingen tegen leverkanker vermeden worden.

De hoge prijs zorgt ervoor dat het RIZIV het medicijn enkel voor een zeer selecte groep patiënten kan terugbetalen. Andere mensen hebben pech.

Mevrouw de minister, wij weten dat u net als uw voorganger samen met de administratie ervoor probeert te zorgen dat de prijzen zo laag mogelijk blijven. Spijtig genoeg blijkt dat niet altijd voldoende te zijn. Médecins du Monde probeert nu via het aanvechten van het patent dit medicijn goedkoper op de markt te krijgen. In India is dat blijkbaar gelukt.

Ik wil u dan ook het volgende vragen.

Ten eerste, welke oplossingen worden uitgewerkt om een grotere groep patiënten te helpen?

Ten tweede, aan welke structurele oplossingen wordt er gewerkt voor de terugbetaling van de behandeling van hepatitis C? Daar is absoluut nood aan.

Ten derde, zijn er nog andere medicijnen met dezelfde verbetering in de behandeling op komst? Wat zal daarvan de invloed zijn op de prijs van de behandeling?

Ten vierde en tot slot, hoe kijkt u naar de poging van Médecins du Monde om het patent te doen vernietigen? Hoe schat u de kans in dat dit lukt? Ik dank u bij voorbaat voor uw antwoord.

02.02 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, deux nouveaux médicaments destinés à soigner l'hépatite C, le siméprévir et le sofosbuvir, sont remboursés par l'assurance maladie et nous nous en félicitons.

Le coût de ces médicaments étant très important, la Commission de remboursement a fixé, entre autres, trois limites au remboursement: le type de patient qui peut en bénéficier, la catégorie de médecins qui peut les prescrire et la durée du remboursement.

Dans les prochaines années, d'autres médicaments anti-hépatite C arriveront sur le marché. Quelles mesures développez-vous pour pouvoir répondre à ce défi?

02.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, le sofosbuvir est la réponse que tous les patients porteurs du VHC espéraient depuis longtemps.

Son prix en fait un enjeu financier en matière de santé publique. Gilead, soutenue par l'industrie pharmaceutique justifie ce dernier par le coût de la recherche, la valeur ajoutée du traitement en matière de santé, notamment les économies réalisées en matière de greffe de foie, et surtout le fait qu'il est destiné aux patients ayant une fibrose de type 3 ou 4 et pour certains, de type 2. Cela expliquerait la limitation dans l'octroi du traitement aux personnes présentant un stade avancé de la pathologie, afin d'éviter une ponction insoutenable des fonds de santé.

Après de longues négociations, le prix a été fixé entre 40 000 et 50 000 euros, avec mise sur le marché de traitements à destination des pays à faibles revenus à un coût bien moindre, autour de 1 000 euros, ce qui est encore trop élevé au regard des moyens de ces pays et surtout de leurs habitants.

Le risque de voir les patients des pays où le traitement est à un moindre prix, revendre ce dernier à des patients de pays où il est accordé sous de strictes conditions et à un prix bien plus élevé, a amené Gilead à mettre en place des mesures anti-détournement qui, selon MSF, bafouent la confidentialité et les droits de l'homme. Cela a amené l'Inde à rejeter la demande de brevet de Gilead et MSF à demander un mécanisme de passation conjointe, à revoir le mode de fixation des prix des médicaments au niveau européen en fonction des besoins des malades, de la réalité du coût de la recherche et de la production, d'une rémunération juste de l'innovation, c'est-à-dire un pourcentage modéré du coût de la recherche et de la

production, déterminé par les pouvoirs publics.

Madame la ministre, pouvez-vous nous indiquer le nombre de patients qui auront accès à ce nouveau traitement et la part que cela représente en regard du nombre total de personnes porteuses du VHC? Pouvez-vous nous indiquer le coût des non-réponses aux traitements sans sofosbuvir, à savoir la prolongation ou la prescription d'un autre traitement en cas d'échec thérapeutique, en regard d'un traitement au sofosbuvir? Pouvez-vous nous dire à combien sont évalués, en terme de journées de travail perdues, les effets secondaires liés aux traitements par Interféron et Ribavirine, avec ou sans bocéprévir, avec et sans sofosbuvir?

Madame la ministre, face à l'évolution du marché des traitements innovants, quelle est votre position face à la demande de MSF qui rejoint celle que le gouvernement français a déjà défendue au sein des instances européennes à des fins de soutenabilité des soins dispensés? Ces demandes sont-elles compatibles avec le maintien d'entreprises pharmaceutiques performantes et innovantes?

La **présidente**: Je redonne la parole à M. Thiéry qui a oublié de poser sa deuxième question jointe.

02.04 Damien Thiéry (MR): Madame la présidente, soyons clairs! Je n'ai pas oublié. Vous m'aviez donné la parole pour ma question sur l'hépatite C. Maintenant, j'ai effectivement une question concernant le Fibroscan.

Madame la ministre, le Fibroscan est de plus en plus recommandé par les hépatologues dans le cadre du diagnostic de l'hépatite C. Cette technique devrait pouvoir être accessible à de nombreux patients et a le gros avantage de ne pas être invasive.

Madame la ministre, sachant que les conditions de remboursement du traitement de l'hépatite C et l'utilisation du Fibroscan pour ce diagnostic posent problème, pourriez-vous faire un état des lieux de la situation?

Dans le cadre de l'une résolution, nous avons, lors de la précédente législature, adopté à l'unanimité, si j'ai bon souvenir, le fait d'avoir une avancée dans le domaine du Fibroscan.

02.05 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vais tenter de ne pas répéter ce qui a déjà été dit sur la problématique de la lutte contre l'hépatite C.

Pour rappeler les chiffres, l'hépatite C touche environ 1 % de la population. Les données exactes semblent cependant toujours faire défaut et 50 % des porteurs du virus ignoreraient leur séropositivité, ce qui est interpellant.

Pour essayer d'améliorer la lutte contre l'hépatite C, un plan a été adopté en 2014, contenant 22 mesures relevant tant des compétences des Communautés que du fédéral pour les cinq prochaines années. Parmi les axes stratégiques figurent notamment une amélioration du dépistage, une prévention accrue et un traitement efficace des patients grâce à l'arrivée de nouveaux médicaments performants.

Les principaux objectifs de ce plan sont de réduire le nombre de contaminations, d'accroître le nombre de personnes séropositives qui connaissent leur statut précocement et d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients.

Madame la ministre, l'hépatite C reste-t-elle une priorité pour vous en termes de santé publique? Qu'en est-il de l'état d'avancement du plan hépatite C et de ses 22 mesures? Quel sort réservez-vous à la mise en œuvre de ce plan? La question du suivi de ce plan a-t-elle été abordée lors de la CIM Santé? Si, oui, pouvez-vous nous dire ce qu'il y a été décidé?

Enfin, mes collègues y ont fait allusion, on sait qu'une nouvelle combinaison d'antiviraux est beaucoup plus efficace puisqu'elle permet de guérir 90 à 100 % de patients avec un traitement beaucoup plus court. Qu'en est-il de l'accès à ces médicaments innovants dans notre pays? Savons-nous quand ils pourront être disponibles et comment leur accessibilité financière pourrait être assurée?

02.06 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ten eerste, alles wat over geneesmiddelen in mijn vraag staat, is reeds gevraagd. Ik zal die vragen dus niet herhalen.

Ten tweede, in het nationaal actieplan staan ook nog een aantal andere federale acties, onder andere acties rond medisch materiaal en druggebruikers, een actie om de terugbetaling niet te koppelen aan het uitvoeren van een biopsie, en een actie inzake het nationaal informatiepunt.

Hoe zit het met de andere federale acties die in het nationaal actieplan werden opgenomen?

02.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Dans ce plan sur lequel je ne reviendrai pas, je pense qu'il était prévu qu'il y ait un Fibroscan par province ou par zone géographique. J'aurais donc voulu savoir où on en était et comprendre pourquoi il faut d'abord subir une biopsie pour bénéficier du remboursement du Fibroscan. La biopsie étant un traitement invasif; la logique devrait être inversée.

En ce qui concerne les médicaments, pour le moment il existe un foisonnement de nouvelles molécules et de nouvelles actions possibles pour des traitements qui permettent de guérir, heureusement. C'est nouveau. De nos jours, on peut guérir en quelques mois. Le traitement n'est effectivement accessible et remboursable que dans la phase finale avant que ne se développe cirrhose ou fibrose.

J'aurais donc voulu disposer d'une évaluation du coût qui peut expliquer pourquoi ce médicament n'est remboursé qu'à ce moment-là. Un travail prospectif est-il envisagé pour modifier éventuellement l'accès à ce genre de traitement?

02.08 Maggie De Block, ministre: Merci, madame la présidente. Après plus de dix minutes de questions, j'essayerai d'être complète.

Er is inderdaad een doorbraak in de medicamenteuze behandeling van hepatitis C. De nieuwe virusremmers geven hoge cijfers van eradicatie in de klinische studies. Ik spreek nu niet alleen over sofosbuvir, maar ook over andere antivirale moleculen bij tal van firma's.

De eerste antivirale resultaten in reallifesituaties zijn bekendgemaakt in het vaktijdschrift *Gastroenterology*. *In real life* zijn de antivirale resultaten weliswaar wat lager dan in de studieprogramma's, maar toch nog ruim beter dan in de op interferon gebaseerde schema's. Er is dus inderdaad hoop op genezing.

Vandaag worden de nieuwe virusremmers inderdaad enkel terugbetaald via een overeenkomst tussen het RIZIV en de farmaceutische bedrijven. Dat garandeert een duidelijke financiële omkadering en het was ook een bewuste keuze om enkel financieel tegemoet te komen voor patiënten met reeds gevorderde leverschade en -cirrose, alsook in de situatie van levertransplantatie. Dat geeft direct een antwoord op uw vragen, mevrouw de voorzitter.

Pourquoi faut-il une biopsie? C'est pour constater la cirrhose. Il s'agit d'un diagnostic anatomopathologique. Dans ce cadre, il faut des cellules pour examiner à quel degré de sévérité se trouve le foie.

Op Europese schaal bekeken zijn deze moleculen vrij vroeg ter beschikking gekomen voor de Belgische patiënten die er een grote nood aan hebben.

La Commission de remboursement des médicaments cherche une solution définitive au sein de son groupe de travail sur l'hépatite pour le moment où les conventions entre l'INAMI et les firmes pharmaceutiques prendront fin. Elles ont commencé 1^{er} janvier 2015 pour 18 mois. Ce sera donc pour juillet 2016. J'espère que ce sera plus tôt.

Ze hebben de tijd om hun advies te formuleren.

Je ne suis pas en mesure de prévoir quel(s) avis la Commission me fournira à cet égard. Personnellement, je préfère un système souple quant au choix des molécules antivirales, qui accessible à davantage de patients et qui reste viable financièrement. Il s'agit de l'énorme défi auquel nous devons faire face comme vous pourrez le comprendre.

La concurrence entre différentes entreprises pour les meilleurs résultats antiviraux et, en même temps, pour des traitements meilleur marché que ce que coûte le sofosbuvir doit pouvoir jouer pleinement en l'occurrence.

Er zijn steeds meer moleculen die met elkaar in concurrentie gaan. Er moet wel een vergelijkende doeltreffendheid bestaan voor de patiënten. Uit het aantal vragen stel ik vast dat er op het terrein veel interferentie is.

Je restera en contact avec d'autres autorités en Europe pour faire face à ce défi. Comme vous le soulignez à juste titre, le coût élevé des antiviraux n'est pas un problème qui se limite à la Belgique. Par contre, les procédures juridiques concernant des litiges sur les brevets sont juridiquement complexes et très techniques. Il ne m'appartient pas d'intervenir ou de formuler des commentaires dans les litiges concernant des brevets sur des décisions à prendre par les tribunaux compétents. C'est un volet séparé. Pour nous, ce qui est important c'est que le médicament qui est remboursé soit efficace pour le patient et que le patient puisse obtenir ce médicament aussi vite que possible.

Wat de Fibroscan betreft, is er een onderzoek bezig binnen de administratie. Een werkgroep bekijkt of die Fibroscan het aantal leverpuncties kan doen dalen. U moet weten dat er momenteel ook nog andere technieken in opmars zijn en die moeten ook vergeleken worden met de resultaten van zowel de Fibroscan als de punctie. Het is essentieel in de geneeskunde eerst een zo nauwkeurig mogelijke diagnose te stellen alvorens de therapie in te stellen en dat is ook de bedoeling. Niet alleen de Fibroscan wordt dus onderzocht, ook andere innovatieve technieken worden onderzocht.

Het doel is een even nauwkeurige diagnose. De diagnose door een punctie is nauwkeurig maar is invasief; dat is waar, maar wij kunnen die alleen vervangen door een niet-invasieve techniek als de nauwkeurigheid waarmee de diagnose en de follow-up worden gesteld even doeltreffend is.

02.09 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitvoerig antwoord. Wat u zei over de puncties, dat men daarin de wetenschap moet volgen, is logisch. Ik begrijp de werkwijze, met een werkgroep die bezig is rond hepatitis. Ik heb alle respect voor de mensen die daarin zetelen en hun werk doen.

In mijn bezorgdheid over de verhalen rond Soliris heb ik ook aan uw voorgangster gevraagd om erop te letten dat de prijzen die de firma's vragen correct blijven. Men voelt – daarom heb ik ook deze vraag gesteld – dat er een tendens is naar veel nieuwe geneesmiddelen, die echter alsmaar duurder worden. Als wij meer patiënten willen bereiken, moeten wij met die bedrijven zwaar onderhandelen. De boodschap die ik u wil meegeven, is om in de mate van het mogelijke die firma's onder druk te zetten, zodat wij een zo groot mogelijk aantal patiënten kunnen bereiken.

02.10 Damien Thiéry (MR): Madame la présidente, je remercie simplement la ministre pour sa réponse. Celle-ci était suffisamment claire.

02.11 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je me rends compte que le fait d'avoir posé des questions avec des volets assez différents n'a pas facilité la réponse de Mme la ministre. Je rappelle que j'avais évoqué la problématique du risque de transfert des produits du tiers monde vers l'Occident. C'est une matière sur laquelle il importera de continuer à réfléchir afin d'éviter au tiers monde d'être victime de cette différence de prix avec l'Occident.

02.12 André Frédéric (PS): Madame la présidente, je voudrais très brièvement remercier Mme la ministre pour sa réponse qui met en évidence qu'elle est consciente du problème. Comme l'a dit Mme Detiège, il importe de tout mettre en œuvre, de façon offensive, pour faire en sorte que le secteur privé puisse aussi adapter la production et les prix de façon que ces médicaments performants puissent être accessibles au plus grand nombre.

À moins d'avoir été très inattentif, je n'ai pas entendu d'éléments de réponse concernant les questions que j'ai posées à l'égard de l'état des lieux du plan d'action de lutte contre l'hépatite C et ses mesures, mais je reviendrai sur le sujet.

02.13 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik begrijp van de collega's dat de hoogdringendheid voor innovatieve geneesmiddelen iets meer op de voorgrond staat. Ik had zelf nog een aantal vragen over het plan zelf en over de federale maatregelen. Ik stel voor om er op een andere keer op terug te komen.

Dit onderwerp wordt zeker nog vervolgd.

02.14 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): On peut toujours identifier l'un ou l'autre point à approfondir à un autre moment. Je confirme effectivement qu'il y a un foisonnement de nouvelles molécules et de dossiers introduits pour les prix ou pour les remboursements. Il est important de pouvoir faire pression auprès de ces entreprises pharmaceutiques.

En ce qui concerne le Fibroscan et la biopsie, il faut bien sûr de bons diagnostics. Mais il serait intéressant d'avoir une explication qui puisse être aisément donnée, y compris par nous, qui sommes parfois interpellés, vu cette peur de la biopsie. L'approche plus douce du Fibroscan en premier lieu donne le courage d'aller faire une biopsie si on s'aperçoit que c'est nécessaire. Si des éléments interviennent et font qu'il faudra procéder autrement, il y a un effort d'information à faire. Il en va de même pour l'information concernant la connaissance de cette maladie et de son dépistage.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van de behandeling van kanker" (nr. 2556)

03 Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût du traitement du cancer" (n° 2556)

03.01 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het is heel goed nieuws dat heel wat kankers behandelbaar worden en dat de overlevingskansen enorm stijgen. Bij heel veel kankerbehandelingen liggen de kosten die de patiënten zelf moeten betalen echter heel hoog. De overheid betaalt inderdaad een groot deel, maar toch zijn veel patiënten die wel fysiek hersteld zijn, financieel zwaar in de problemen geraakt door de behandeling. Ondanks onze sociale zekerheid en ondanks de maximumfactuur duwen de ziektekosten vele patiënten nog steeds in een financiële put. Elk jaar kloppen honderden patiënten aan bij het Kankerfonds van Kom op tegen Kanker voor financiële steun. Vooral de supplementen die patiënten uit eigen zak moeten betalen, doen velen de das om.

De kostprijs hangt ook af van het type kanker. Bepaalde kankers zijn duurder dan andere. Ik denk dan aan leukemie en hersentumoren, die leiden tot enorm hoge ziekenhuiskosten. Bij borst- en eierstokkanker en neus-, keel- en oorkanker zijn het vooral de niet-medische kosten die hoog oplopen.

Omdat kanker een chronische ziekte is, vraagt de behandeling van elke soort kanker veel bezoeken aan artsen en specialisten. Het blijft dan ook spijtig dat deze patiënten niet kunnen rekenen op een verplichte derdebetalersregeling, een onderwerp waarop ik nog terugkom. Vele ouderen en alleenstaanden, maar ook andere patiënten krijgen het daardoor steeds moeilijker om de eindjes aan elkaar te knopen als ze geconfronteerd worden met kanker.

Ik wil u dan ook het volgende vragen.

Kan het plafond van de maximumfactuur voor de zwakste groepen verlaagd worden? Ik sluit me hiermee aan bij de vraag van Kom op tegen Kanker, dat zegt dat het goed zou zijn om het laagste plafond voor de MAF, dat vandaag 450 euro bedraagt, te verlagen tot 250 euro.

Welke initiatieven zult u nemen om die zwakste groep te ondersteunen?

Hoe wil u de te hoge eigen bijdragen aan supplementen naar beneden krijgen?

03.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Detiège, in antwoord op uw vraag kan ik u melden dat het regeerakkoord bepaalt dat prioritair werk zal worden gemaakt van initiatieven om de financiële drempels weg te werken die de toegang tot de gezondheidszorg voor bepaalde categorieën van de bevolking kunnen belemmeren of uitstel van de nodige zorg kunnen veroorzaken.

Vrijdag laatstleden hebben wij tijdens de Ministerraad beslist dat aan gehandicapte kinderen van om het even welk gezin, ongeacht het statuut van de ouders – zelfstandige, loontrekkende of ontvanger van een vervangingsinkomen – sowieso op basis van het hebben van een handicap een maximumfactuur voor de medische kosten van dat kind zal worden toegekend. Dat is een van die zwakkere groepen.

Ik verwijs ook naar het progressief toekennen van het recht op de verplichte derdebetalersregeling bij de huisarts, zoals dat nu in werking zal treden voor de 1,8 miljoen mensen in een voorkeursregeling. Ik neem aan dat het daarbij meestal om zwakkere mensen gaat.

Ook is er de uitbreiding van het verbod op ereloonsupplementen in twee- of meerpersoonskamers, ook voor daghospitalisatie, die in de wet houdende diverse bepalingen is opgenomen. Dit ontwerp is al op de Ministerraad gepasseerd en wordt na de vakantie in de Kamer ingediend.

Bovendien is er het versterken van de tariefzekerheid in het kader van het overeenkomsten- en akkoordensysteem.

In uitvoering van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2015 zal ook een regeling worden uitgewerkt voor honorariumsupplementen voor bepaalde verstrekkingen zoals borstreconstructie na kanker, en voor supplementen inzake verstrekkingen van klinische biologie, pathologische anatomie en genetische onderzoeken.

Daarenboven krijgen kankerpatiënten een verhoogde terugbetaling van bepaalde speciale zaken naargelang hun aandoening, bijvoorbeeld in het geval van haaruitval door de therapie, evenals voor de reiskosten van en naar behandelingscentra.

Ook de administratieve vereenvoudiging en de automatische toekenning van sociale rechten zijn belangrijke aandachtspunten in het licht van de toegankelijkheid. Ook vandaag stellen we nog vast dat helaas een aantal mensen geen gebruikmaken van die rechten omdat ze ze niet kennen of worden afgeschrikt door de administratieve stappen die moeten worden gezet. In die context zal vanaf dit jaar ook een proactieve gegevensuitwisseling plaatsvinden tussen de ziekenfondsen en de FOD Financiën met betrekking tot sociaal verzekerden die nog geen verhoogde verzekeringstegemoetkoming genieten, maar die daar mogelijk op basis van hun inkomen wel aanspraak op kunnen maken. Men zal de financiële gegevens kruisen met de consumptie van door de ziekenfondsen terugbetaalde prestaties. De ziekenfondsen zullen dus, met andere woorden, zelf op zoek kunnen gaan naar potentiële rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming en hen daarop ook wijzen.

Wat de maximumfactuur betreft, bestaat sedert enige jaren een specifieke maximumfactuur voor chronisch zieken, waarbij het toepasselijk remgeldplafond wordt verlaagd voor gezinnen waarin een gezinslid chronisch ziek is. Bij de invoering van het statuut van persoon met een chronische aandoening in 2013, wat toch in de schoot van deze commissie is gebeurd, werd die maatregel ook uitgebreid tot de personen die worden getroffen door kanker.

Tot zover de inspanningen die zijn gebeurd. Als wij op dit vlak nog meer kunnen doen, zullen we dat natuurlijk niet nalaten, wetende dat natuurlijk alles binnen het budgettair kader mogelijk moet zijn.

03.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. U komt met een aantal positieve elementen. Als men ziek is, is men inderdaad bezig met de ziekte en niet met de administratie. Heel veel mensen worden vaak afgeschrikt omdat ze het systeem niet kennen, want het is complex.

Het verheugt mij dat u zegt dat u met de FOD Financiën en de ziekenfondsen samen zit om een oplossing te zoeken. Is er een timing voor die bespreking? Ik denk dat dit niet op een maand kan worden geregeld, want ik begrijp dat het een complex gegeven is.

03.04 Minister Maggie De Block: Het is belangrijk dat het systeem goed functioneert als wij daarmee starten. Het gaat om de kruising van gegevens tussen de FOD Financiën en de FOD Sociale Zekerheid. Wij zullen hiermee pas starten als dit goed werkt.

03.05 Maya Detiège (sp.a): Daar ben ik al heel blij om.

Ik heb nog steeds contacten met mijn netwerk uit de tijd dat ik zelf actief was op het terrein. Men ziet soms omzeilingen bij specialisten. Als men voor bepaalde aspecten geen supplementen meer heeft, zodat de patiënt het zelf niet meer moet betalen, omzeilen zij dat bij de aanduiding van hun verrichtingen. Daardoor moet de patiënt dan toch supplementen betalen.

Er moet strikt op worden toegezien dat dit op een correcte manier gebeurt. Dat zijn signalen die ik regelmatig

krijg van op het terrein.

Ik geef dit mee ter informatie.

03.06 Minister **Maggie De Block**: Als de patiënt denkt dat er ten onrechte een prestatie...

03.07 **Maya Detiège** (sp.a): Het is zelfs niet op het niveau van de patiënt.

03.08 Minister **Maggie De Block**: Men moet dit rapporteren bij het ziekenfonds. Wij kunnen niets doen als er niets wordt gerapporteerd. Geef ze de raad om dit te rapporteren bij het ziekenfonds.

03.09 **Maya Detiège** (sp.a): Dat doe ik al.

03.10 Minister **Maggie De Block**: Dan kan men contact opnemen met het ziekenhuis of de chirurg. Wij kunnen pas optreden als er iets wordt vastgesteld.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 **Question de M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies dans le secteur des implants" (n° 2643)**

04 **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen in de sector van de implantaten" (nr. 2643)**

04.01 **Damien Thiéry** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, lors de l'élaboration du budget 2015, il était question de réaliser une économie structurelle dans le domaine des implants, de l'ordre de 25 millions d'euros, dont 18,75 millions à partir du 1^{er} avril 2015.

Il incombait à la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs d'examiner comment le remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs pouvait être réalisé pour atteindre cet objectif.

Selon moi, cela pourrait se faire de deux manières. La première serait de faire une économie de manière linéaire, auquel cas il y a lieu de parler de pourcentage. Dans cette première hypothèse, de quel pourcentage parle-t-on pour atteindre ces 25 millions?

La seconde possibilité serait de répartir l'effort sur un certain nombre de firmes du secteur. Dans ce cas, sur quelle base de calcul l'effort serait-il réalisé?

04.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, monsieur Thiéry, les économies seront réalisées en deux phases. La première, qui entrera en vigueur demain, le 1^{er} avril, concerne des économies axées sur une diminution de prix. Dans une deuxième phase, au plus tard pour le 1^{er} septembre 2015, des mesures structurelles seront élaborées, qui permettront de mieux affecter les ressources et de maîtriser les volumes. Cette tâche sera effectuée par un groupe de travail composé des membres du conseil technique médical et de la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs, qui pourra ensuite inviter les acteurs de terrain concernés. Il ne s'agit pas d'une mesure linéaire dans ce dernier cas.

La répartition des économies s'est faite sur base des considérations de santé publique, d'une comparaison des prix et du nombre de cas de certains implants avec les pays limitrophes et sur base des évolutions récentes sur le marché. Aucune mesure n'a un impact sur le patient.

Une grande partie des mesures de la première phase concerne les implants de colonne vertébrale, pour un montant de 9,8 millions d'euros. En effet, le grand nombre d'interventions du dos en Belgique est souligné depuis des années. Il y a eu une augmentation de 40 % au cours des dix dernières années. Celles-ci seraient beaucoup plus nombreuses que dans les pays voisins.

En comparant les prix belges et français, une marge permettant de réduire les prix de certains produits est apparue. Cette économie est réalisée principalement par l'introduction de forfaits afin de responsabiliser aussi essentiellement les hôpitaux et les médecins pratiquant les implantations tout en protégeant les

patients.

Une autre économie importante concerne les stents coronaires et les implants associés à la dilatation coronaire pour un montant de 6,7 millions d'euros. Compte tenu des prix appliqués sur le terrain, une diminution de la base forfaitaire de 12,5 % est possible. Il est désormais utile pour moi d'insister sur l'importance de l'approche long terme que mes administrations abordent actuellement à travers la phase 2 de cet exercice.

04.03 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, merci pour votre réponse. Le point important pour moi, c'est qu'il n'y ait pas d'impact sur les patients. Cela me semble fondamental.

Si je comprends bien, il y a une volonté de conscientisation tant du corps médical que des hôpitaux, cela me semble aussi extrêmement important.

La logique aurait voulu que l'on s'oriente davantage vers une sorte de répartition de manière linéaire car tout le monde aurait été concerné. Ce n'est pas le cas. J'aurais été favorable à cette solution. Je constate qu'il y a un calcul rationnel qui se trouve là derrière, comparé à l'expérience d'autres pays limitrophes. Nous verrons dans le futur ce que cela donnera sur le terrain. Mais je suis content d'entendre qu'il existe un calcul rationnel qui supporte cette décision.

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

05 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tijdspad voor de werkzaamheden van de werkgroep over suiker" (nr. 2809)

05 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le calendrier des travaux du groupe de travail sur le sucre" (n° 2809)

05.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, we hebben allemaal gelezen dat we minder suiker moeten verbruiken. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft ter zake heel wat werk verricht. Het is interessant dat ook de Federatie Voedingsindustrie, Fevia, dit debat wil voeren. Ik veronderstel dat dit samen met u zal gebeuren.

Mevrouw de minister, ik heb een paar vragen voor u. U hebt daarover reeds een vraag gekregen in de plenaire vergadering. U hebt toen gezegd dat u zich zou buigen over deze problematiek en dat een mogelijk akkoord met de sector over productnormen, over een transparante etikettering en over reclame rond suiker in de maak is. U zei ook dat er snel vooruitgang zou worden geboekt.

Ik heb dan ook drie heel korte vragen. Wanneer komt deze werkgroep exact samen? Hebt u een plan van aanpak en een timing? Wanneer mogen wij hiervan resultaten verwachten?

05.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, uit een gezondheidsenquête blijkt dat 42 % van de Belgen elke dag gesuikerde of gezouten snacks eet. Bij jongere mensen is dat zelfs 55 %. U weet dat de meerderheid van deze gesuikerde snacks lege calorieën geven, wat wil zeggen dat zij geen nutriënten bevatten maar wel veel snelle suikers.

Deze eenvoudige suikers beïnvloeden de bloedsuikerspiegel negatief, waardoor de overmatige consumptie van dit soort gesuikerde snacks op middellange of lange termijn kan leiden tot een verhoogde risicofactor voor diabetes type 2. Het is daarom cruciaal strategieën te ontwikkelen om die consumptie van suiker te verminderen.

In 2012 werd inderdaad een werkgroep opgericht in het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan omtrent de energiereductie. Daarin zetelen mensen uit mijn administratie, wetenschappelijke experts en de verschillende sectoren uit de voedings- en horecasector.

Die werkgroep heeft tot doel tot verminderingen te komen, en dit niet alleen op het vlak van suikers maar ook op het vlak van verzadigde vetten en transvetten. Bovendien moet worden gewerkt aan een vermindering van de porties. Een vermindering van het verbruik van toegevoegde enkelvoudige suikers, in combinatie met een verhoogde inname van essentiële, complexe koolhydraten – wij hebben suiker nodig, al was het maar om ons vet te verbranden – is een van de prioritaire voedingsdoelstellingen van dit Nationaal

Voedings- en Gezondheidsplan.

In dit stadium van de discussie heeft de werkgroep nog geen formele engagementen vastgelegd met de verschillende subsectoren en federaties. De concrete energiereducties via het terugbrengen van het gehalte aan suikers zijn echter geagendeerd tegen 2016.

De volgende vergadering van de werkgroep vindt plaats eind april, begin mei ten laatste. Gelet op het aantal werkgroepen moet men die mensen ook bij elkaar krijgen. Ik zal het resultaat van de werkgroep vragen en ook niet nalaten om hierop terug te komen zodra de engagementen die nodig zijn tegen 2016 op dit vlak ook genomen zijn.

05.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik dank u voor uw antwoord.

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

05.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, ik stel voor een werkgroep tot reductie van de energie in deze commissie op te richten. Ik weet niet hoe het met u gaat, maar ik ga hier uit mijn dak van de hitte. Als men een energiescan van Brussel zou doen, denk ik dat wij hier een grote rode vlek zouden zijn.

La **présidente**: Peut-être la nouvelle présidence de la Chambre réussira-t-elle là où d'autres ont échoué? Ici, nous avons du chauffage et on va installer l'air conditionné froid. M. Frédéric, responsable logistique du parlement, va vous donner une explication technique.

05.05 André Frédéric (PS): Je ne suis pas responsable logistique, mais les investissements sont trop importants pour remettre en œuvre le système de climatisation. À partir de cette année, nous allons nous réunir en commission au Forum. Les six salles de commission sont en voie d'achèvement. Ce sera plus agréable. Encore un petit effort!

05.06 Minister Maggie De Block: Het doet mij plezier dat het mannelijke deel van deze commissie het ook te warm heeft.

05.07 André Frédéric (PS): Mme la ministre demande; le parlement répond.

05.08 Minister Maggie De Block: Wat dat betreft, zijn er echt wel gelijke kansen in deze commissie.

06 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la multiplication des nouvelles drogues" (n° 2814)

06 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het stijgend aantal nieuwe drugs" (nr. 2814)

06.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) s'alarmait récemment de la multiplication des nouvelles drogues élaborées par les trafiquants pour contourner les législations existantes.

La particularité de ces substances psychoactives, appelées également *legal highs*, est qu'elles ressemblent à des drogues illégales, qu'elles ont les mêmes effets désastreux que les drogues illégales mais qu'elles ne tombent pas sous le coup de la législation parce que leur structure moléculaire est sensiblement différente des drogues illégales.

Il s'agit souvent de drogues peu chères, facilement accessibles et dont l'apparente légalité donne l'impression d'être sans danger. Pourtant, leurs effets sur les consommateurs sont désastreux. Les cocktails s'avèrent souvent véritablement explosifs et ont des conséquences dramatiques pour la santé.

Selon l'OICS, il apparaît qu'au 1^{er} octobre 2014, 388 substances de ce type avaient été répertoriées dans le monde, soit 11 % de plus qu'en 2013 et deux fois plus qu'en 2009.

Face à ce constat qui n'est pas nouveau, votre prédécesseur, Mme Onkelinx, avait fait voter une loi importante afin de contrer l'évolution de plus en plus rapide du marché des drogues, notamment en

permettant l'incrimination de groupes de substances ou encore l'incrimination des actes préparatoires. Il s'agit de la loi du 7 février 2014 modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes.

Madame la ministre, pouvez-vous nous dire où en est l'application de cette loi? Les arrêtés royaux ont-ils déjà été pris? Si non, quand pourront-ils l'être? Dans quelle mesure cette nouvelle législation a-t-elle déjà permis de mieux lutter contre les *legal highs*?

Pouvez-vous nous indiquer le nombre de ces nouvelles substances qui ont été rapportées en Belgique au cours des dernières années? Quels sont les derniers chiffres en la matière? Enfin, envisagez-vous de nouvelles mesures dans le cadre de la lutte contre ces nouvelles drogues?

06.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, une première proposition d'arrêté visant des structures génériques est en cours d'élaboration pour de nombreuses catégories, par exemple des dérivés de fentanyl, de pipérazine, des canabinoïdes synthétiques, cathinone, etc ...

Vu que la structure des arrêtés en vigueur ne permet pas l'introduction de cette formule de structures, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé conciliera les deux arrêtés actuels d'application en arrêté, aussi vite que possible. La classification générique augmentera fortement le nombre des substances visées et pourra avoir un impact négatif non voulu sur le secteur qui manipule ces substances de façon légale.

Ce secteur doit être consulté afin d'affiner le texte législatif si nécessaire. Le but final est d'obtenir un bon équilibre entre la protection de la santé publique et un cadre légal adéquat permettant les recherches scientifiques et le commerce légal.

En attendant, afin de garantir la santé publique, l'arrêté royal du 22 janvier 1998 sera prochainement modifié par l'ajout d'environ 90 substances circulant en Belgique et n'étant actuellement pas mises sous contrôle. Cet ajout permettra à la justice et à la douane de réagir aussi dans ces cas adéquats.

En ce qui concerne le nombre des nouvelles substances psychoactives, le *Early Warning System* de l'Institut scientifique de Santé publique, qui suit l'évolution de ces molécules, a observé une augmentation rapide du nombre de substances rapportées.

En effet, en Belgique, au cours de 2013, 81 types de nouvelles substances psychoactives furent identifiées, dont une dizaine l'était pour la première fois. Les canabinoïdes synthétiques (18) représentent avec les cathinones (22) et les phénéthylamines (24) les types les plus fréquents.

Les chiffres finaux pour 2014 se trouvent actuellement aussi dans une phase d'analyse et seront disponibles en avril.

Ce phénomène est inquiétant. Entre-temps, lorsqu'une nouvelle drogue est signalée, comme la fameuse *Superman drug*, l'Agence réagit immédiatement. Entre-temps, des actions ponctuelles sont encore possibles. Cette super-drogue a été détectée en Belgique un vendredi soir. L'Agence a réagi illico via les médias pour mettre la population en garde contre cette *party drug* très dangereuse. Nos pays voisins déplorent quelques morts et il importe de s'en méfier.

06.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses concrètes et précises. Je me réjouis de ce que des arrêtés sont en préparation afin de pouvoir contrer la présence, l'apparition et l'utilisation de ces drogues; de ce que l'Agence des médicaments est en contact permanent avec vos services pour apporter les éléments de réponse dont vous venez de parler, qui permettront aussi les réactions de la justice. Que le secteur puisse être consulté afin d'affiner le texte législatif est également une bonne chose. Je ne peux que vous encourager à poursuivre dans ce sens.

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

07 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zonnebankcentra" (nr. 2823)

07 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de bronzage" (n° 2823)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Tijdens de voorbije weken laaide de discussie over het verbieden van zonnebankcentra weer op. Volgens de Stichting tegen Kanker zijn er wetenschappelijke bewijzen dat zonnebankgebruik kankerverwekkend is. Daarnaast stellen we vast dat de Belgen bij de koplopers horen wat zonnebankgebruik betreft. Uit de cijfers van de FOD Economie blijkt dat de regels nauwelijks worden nageleefd.

De straling van een zonnebank komt overeen met een UV-index van 12, even hevig als van zonnestralen rond de middag wanneer aangeraden wordt om beschutting te zoeken tegen de zon wegens de schadelijke effecten.

De oproep van de Stichting tegen Kanker is gericht tegen het professioneel gebruik van zonnebanken en niet tegen thuisgebruik. Ook het medisch gebruik wordt niet geïmagineerd.

De zonnebankcentra zelf gaan niet akkoord met de uitlatingen van de Stichting tegen Kanker. Volgens hen is het overgrote deel van huidkankergevallen te wijten aan blootstelling aan de zon en niet aan het UV-licht van zonnebanken.

Beschikt u over cijfers waaruit blijkt dat de zonnebankcentra wel degelijk verantwoordelijk zijn voor een bepaald deel van de huidkankers?

In het licht van die resultaten, overweegt u om stappen te zetten tegen de centra? Ik denk dan aan het verstrengen van de criteria of zelfs het verbieden van de centra, zoals in andere landen al gebeurd is. Bent u van plan de eis van de Stichting tegen Kanker te volgen?

07.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, wat de Stichting tegen Kanker zegt, is ongetwijfeld heel goed bedoeld, maar de informatie beschikbaar op het Kankerregister laat niet toe om een oorzakelijk verband te leggen tussen kanker en de eventuele risicofactoren, zoals het gebruik van zonnebanken.

Risicofactoren worden niet apart geregistreerd in de standaarddataset. Het is, met andere woorden, niet mogelijk een inschatting te geven van het aantal huidtumoren ten gevolge van zonnebankgebruik. Men weet wel dat het aantal uren dat de huid wordt blootgesteld aan rechtstreeks zonlicht, verband houdt met het ontwikkelen van huidkanker. Men kan echter geen onderscheid maken tussen kankers als gevolg van bijvoorbeeld zonnebankgebruik, het onbeschermd rondlopen in de zomer of zonnen op reis.

De controle op en de inrichting van de circa vierduizend zonnebankcentra is de bevoegdheid van mijn collega, minister Peeters. De eventuele verstrenging van de regels tot uitbating van zonnebanken wordt door hem geregeld. Hij heeft trouwens al gereageerd en gezegd dat hij samen zal zitten met de uitbaters van zonnebanken.

Concreet valt de controle inzake de registratie dus helemaal onder de bevoegdheid van de FOD Economie.

De zonnebanken moeten voorzien in een onthaalconsulent, die de klanten inlicht over de gevaren van zonnebanken. Die medewerkers moeten een opleiding hebben gekregen. De Gemeenschap bepaalt mede die opleidingsvoorwaarden.

Op grond van het koninklijk besluit van 20 juni 2002 hebben personen jonger dan 18 jaar sowieso geen toegang tot zonnebankcentra.

Ik besef natuurlijk wel de gevaren van te veel blootstelling van de huid aan straling, hetzij door zonnebanken, hetzij door de zon.

Wenst men op termijn naar een sluiting te streven, dan kan dat enkel op een geleidelijke wijze. In het andere geval worden de risico's naar alternatieven verschoven, zoals wat nu in opmars is, de *tanning creams* alsook overmatig zonnen in de zon tijdens allerlei reisjes, naar ik aanneem. Hier is immers niet zo veel zon. Alternatieven zijn allerlei zonnetoestellen, ook in privéwoningen. Bijgevolg dreigt de beoogde doelstelling uit te blijven.

Nogal wat burgers hebben blijkbaar een zonnepanel in huis. Dat is niet direct iets wat ik zou aanschaffen. In elk geval blijkt het fenomeen meer verspreid te zijn dan wordt aangenomen. Het gevaar is dat, wanneer de zonnepanelcentra sluiten, meer personen zelf een zonnepanel zullen installeren. Daar is geen enkele controle meer op, ook niet op het gebruik ervan door minderjarigen of op het aantal uur dat men onder de zonnepanel gaat liggen.

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

Uit de cijfers blijkt ook dat het thuisgebruik slechts 6 % bedraagt. Slechts 6 % heeft thuis een zonnepanel. De vraag is bovendien of de zonnepanel al dan niet wordt gebruikt. Dat is dus veeleer een marginaal fenomeen.

Aangezien andere landen wel tot een verbod zijn overgegaan, vraag ik mij af waarop zij zich hebben gebaseerd. Ik zal mij in de materie verdiepen, waarna ik terug naar u zal komen.

La **présidente**: Il est vrai qu'il s'agit d'un vrai problème dans notre société contemporaine.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Interpellation de M. Alain Mathot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la hausse des tickets modérateurs pour certaines consultations ONE" (n° 28)

08 Interpellatie van de heer Alain Mathot tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verhoging van het remgeld bij bepaalde raadplegingen in verband met kindergeluk" (nr. 28)

08.01 Alain Mathot (PS): Madame la présidente, madame la ministre, depuis le 1^{er} janvier 2015, vous avez décidé de simplifier les tickets modérateurs. Il est évident que nous sommes favorables au principe d'une simplification. Néanmoins, et nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'attirer votre attention sur la problématique, cette simplification a eu des conséquences financières, même si vous les avez justifiées en disant que certains coûts diminuaient. En réalité, 70 % des personnes qui utilisent les tickets modérateurs ont vu une augmentation. Même si elle est parfois légère, cela reste quand même une augmentation pour des personnes malades et connaissant des problèmes financiers.

Parmi les tickets modérateurs, celui concernant les honoraires des gynécologues retient particulièrement mon attention. En effet, pour les gynécologues conventionnés, la consultation s'élevait à 24,48 euros et le remboursement INAMI est passé de 16,25 euros à 12,48 euros, c'est-à-dire une différence de 3,77 euros pour les patients qui ne bénéficient pas d'un régime préférentiel.

Il me revient aujourd'hui qu'il existe un problème spécifique dans le cadre des consultations prénatales gratuites effectuées par l'ONE dans les institutions hospitalières. En dehors des consultations de l'ONE dans ses propres locaux, il existe une série de consultations à l'hôpital, réalisées par les médecins conventionnés qui acceptent de ne pas percevoir le différentiel; ils permettent ainsi à des femmes suivies par l'ONE de bénéficier de consultations prénatales. Avec l'augmentation du ticket modérateur de 3,77 euros par consultation, il existe un risque de voir se réduire le nombre de gynécologues qui acceptaient de prendre en consultation des patientes ONE, au détriment de la population la plus vulnérable. Jusqu'à présent, les médecins pratiquant en milieu hospitalier acceptaient en effet de ne pas percevoir le ticket modérateur afin d'assurer la gratuité finale aux futures mères.

Vu la problématique hospitalière et financière, certains hôpitaux, estimant que leurs revenus sont grevés de manière excessive suite à cette hausse du ticket modérateur, pourraient facturer cette augmentation aux futures mamans.

Madame la ministre, comme vous le savez, l'ONE a pour mission de mener des actions de soutien à la parentalité et de promotion de la santé, grâce, notamment, à l'organisation de ses consultations prénatales gratuites. Par ailleurs, une partie importante des familles qui recourent aux consultations de l'ONE sont généralement vulnérables et fragilisées. Il est évident que ces familles pourraient renoncer à ces consultations si le ticket modérateur devait être facturé. Cette décision a clairement un impact sur ces familles fragilisées et sur les entités fédérées qui mènent cette politique.

Dès lors, ne pensez-vous pas qu'une concertation aurait dû avoir lieu, et qu'elle devrait aujourd'hui à tout le

moins avoir lieu, avec les différentes entités?

Vu la décision que vous avez prise, des mesures correctrices visant à compenser budgétairement les effets de cette décision pourraient-elles être apportées par le gouvernement fédéral afin d'éviter d'arriver à cette situation et de permettre aux entités compétentes de continuer à mener leur politique sans être mises devant le fait accompli?

Enfin, des contacts ont-ils été pris ou sont-ils envisagés avec vos collègues des Communautés sur cette question?

08.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Mathot, je vous remercie pour vos questions portant sur un sujet vraiment intéressant.

L'une des recommandations pour accroître l'accessibilité des soins de santé est, comme vous le savez, l'organisation de soins préventifs adéquats pour les populations qui présentent un comportement à risque. Dans ce cadre, l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive bénéficie d'une attention particulière.

Dans le but d'accroître l'accessibilité des soins, les Communautés organisent, entre autres, des consultations prénatales pour ces populations. La Flandre, où l'organisme correspondant porte le nom de Kind en Gezin, subventionne actuellement sept points de soutien prénataux en Flandre et à Bruxelles et ce, pour un total d'environ 500 séances. Kind en Gezin axe intégralement son fonctionnement prénatal sur les femmes enceintes vulnérables.

En Wallonie, les consultations prénatales au sein de l'ONE ne s'adressent pas spécifiquement à un groupe cible. L'Office indique néanmoins à cet égard que "celles-ci vous offrent une surveillance médicale gratuite mais uniquement préventive. En d'autres mots, si par hasard, un petit problème de santé survenait, l'équipe de la consultation vous conseillera de prendre contact avec un médecin gynécologue et ne prendra pas en charge les soins dont vous pourriez avoir besoin". Il s'agit donc clairement d'actes préventifs.

Il ressort du rapport annuel de l'ONE qu'il y a deux grandes catégories qui assurent le suivi de la grossesse, à savoir les consultations prénatales hospitalières et les consultations prénatales de quartier. Le rapport annuel 2013 de l'ONE précise que, je cite, "La gratuité est directe ou elle peut découler d'un paiement des honoraires et d'un remboursement équivalent par un système de remboursement des soins de santé".

D'un point de vue légal, l'article 2 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, précise que, je cite, "Ne peuvent en aucun cas être remboursés par l'assurance soins de santé, les frais afférents aux prestations qui sont exigées (...) par les pouvoirs publics". L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est un organisme de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'ONE est donc un organisme d'intérêt public de la Communauté française. Une convention entre l'INAMI et l'ONE concernant l'utilisation des numéros de nomenclature pour le remboursement des consultations prénatales préventives n'est et ne peut pas être conclue.

Le problème que vous soulevez, à savoir que les gynécologues seront démotivés par des motifs financiers, m'amène à constater que l'ONE utilise les numéros de nomenclature qui font partie de l'assurance maladie obligatoire. Cette situation est également confirmée dans le rapport annuel de l'ONE. Au sein du milieu hospitalier, il s'agit de 96 714 consultations prénatales et 8 328 consultations postnatales en 2013. Cela figure dans le rapport 2013 de l'ONE.

Pour une consultation chez le gynécologue, il s'agit d'un remboursement par l'INAMI d'au moins, comme vous l'avez dit, 12,48 euros par consultation. Ce remboursement est plus élevé chez les patientes qui bénéficient du statut BIM (Bénéficiaires de l'intervention majorée). Cela implique une intervention de l'INAMI de plus de 1,3 million d'euros, toujours d'après les chiffres de 2013.

Pour répondre à votre question, j'ai demandé au Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI de prendre connaissance du dossier relatif à la consultation prénatale organisée par l'ONE. Ce service va ouvrir une enquête afin d'analyser en profondeur ce dossier et d'en évaluer le cadre réglementaire ainsi que son application. Ce dossier sera examiné en concertation avec les Communautés au sein de la Conférence interministérielle.

En Flandre, Kind & Gezin ne procède pas ainsi. Ce ne sont pas les numéros de l'INAMI qui sont utilisés. Néanmoins, une évaluation et un contrôle auront lieu.

08.03 Alain Mathot (PS): Madame la ministre, votre réponse me déçoit quelque peu. En effet, je n'ai pas l'impression que vous essayiez de trouver une solution à ce problème réel. Des femmes traversant des situations financières difficiles font appel, et pas de gaieté de cœur, à cet organisme pour que leur soit garantie une période prénatale en toute sécurité.

Par ailleurs, des liens existent entre l'ONE et les hôpitaux en vue d'amener ces patientes vers ces derniers, où elles devront accoucher. Au lieu de prendre conscience de cette question et de reconnaître que la transformation du ticket modérateur pourrait avoir pour conséquence que ces personnes n'iraient plus à l'hôpital dans des conditions sécurisées – ce qui conduirait à de véritables drames personnels et financiers –, vous apportez une réponse juridique en invoquant d'éventuelles irrégularités.

Je suis évidemment déçu par cette réponse. Au lieu d'essayer d'apporter une réponse factuelle qui demain permettrait à ces personnes de bénéficier de l'ONE, vous me faites une réponse juridique. Vous me dites: avec ce que vous évoquez, il y a peut-être quelque chose d'illégal. On va encore resserrer la vis et vérifier si les médecins sont bien en ordre au niveau de l'INAMI.

Faites ce que vous voulez. Mais je veux simplement vous signaler qu'en 2013, un médecin a été pointé par l'INAMI. L'INAMI n'a rien trouvé à redire alors qu'il effectuait des consultations gratuites au sein d'un hôpital pour des patientes de l'ONE.

Moi je n'ai pas de problème. C'est votre politique et votre volonté de faire des économies à tout prix.

Les conséquences sont claires. Elles se répercuteront sur la patientèle qui, pour le moment est déjà fragilisée financièrement et qui demain le sera encore plus. Celle-ci n'aura peut-être plus accès à ces consultations parce que soit elle n'a pas les moyens, soit on ne lui permettra plus d'obtenir ces consultations gratuites au sein des hôpitaux.

C'est sur le dos de ces personnes qu'une nouvelle fois, les économies seront réalisées. Dès lors, vous me permettrez suite à cette interpellation, de déposer une motion.

08.04 Minister Maggie De Block: Mijnheer Mathot, het gaat niet over de vraag of zwangere vrouwen niet preventief moeten worden onderzocht. Uiteraard moet dat gebeuren, dat is noodzakelijk! Het gaat erom dat dit in Vlaanderen, in het kader van preventie, gebeurt door Kind en Gezin en dat het niet aan het RIZIV wordt doorgerekend. In Wallonië gebeuren die onderzoeken ook, maar daar worden ze wel doorgerekend aan het RIZIV, hoewel de wet dat helemaal niet toelaat. Dat is de kern van de zaak.

Uit medisch oogpunt zijn wij het eens met elkaar, maar het is ook essentieel dat ik moet laten onderzoeken wat, vermoedelijk, illegaal gebeurt. De resultaten daarvan zal ik u graag meedelen. Ik moet waken over de toepassing van de wet wat de terugbetaling betreft. Alles heeft zijn rechten. België is een ingewikkeld land, met gemeenschapsbevoegdheden en federale bevoegdheden. Er moet echter correct worden gehandeld, zeker als men weet dat de terugbetalingen in Vlaanderen en in Wallonië verschillen. Dat is de kern van de zaak en samen met u zal ik dat tot op de bodem uitspitten. Ik dank u voor uw vraag.

08.05 Alain Mathot (PS): Je ne sais plus de qui est cette citation: "Le seul moyen d'avoir le dernier mot avec une femme, c'est de dire oui." Néanmoins, j'aimerais avoir le dernier mot.

Je ne vais évidemment pas dire oui. En Flandre, effectivement, l'INAMI prend en charge la totalité des suivis de grossesse. Côté francophone, la Communauté française prend en charge les suivis de grossesse des futures mères en consultation prénatale de quartier et même le suivi de grossesse en consultation prénatale hospitalière des futures mères qui n'ont pas d'assurance soins de santé, ce qui *in fine* occasionne des économies pour le fédéral.

Je répète: je trouve dommage que la réponse à une problématique factuelle, de gens se trouvant dans des situations difficiles, soit une réponse juridique. Mais nous aurons l'occasion d'en reparler, notamment avec cette motion.

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 M. Alain Mathot et est libellée comme suit:

“La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de M. Alain Mathot
et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement

- de prendre rapidement des contacts avec les Communautés concernant les conséquences de la hausse du ticket modérateur pour les consultations prénatales hospitalières de l'ONE;
- de compenser budgétairement la hausse du ticket modérateur pour les consultations prénatales hospitalières de l'ONE afin de permettre à celui-ci de maintenir son principe fondamental de gratuité et d'éviter que certaines familles fragilisées ne renoncent à ces consultations;
- de prévoir une concertation systématique avec les entités fédérées avant de prendre des décisions qui peuvent impacter directement les politiques pour lesquelles elles sont compétentes.”

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer Alain Mathot en luidt als volgt:

“De Kamer,
gehoord de interpellatie van de heer Alain Mathot
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
vraagt de regering

- snel contact te leggen met de Gemeenschappen met betrekking tot de gevolgen van een verhoging van het remgeld voor de prenatale ziekenhuisraadplegingen van Kind en Gezin/ONE;
- de verhoging van het remgeld voor de prenatale ziekenhuisconsultaties van Kind en Gezin/ONE budgettair te compenseren opdat het grondbeginsel van de kosteloosheid zou worden behouden en zou worden voorkomen dat kansarme gezinnen van deze consultaties zouden afzien;
- systematisch overleg te plegen met de deelgebieden vooraleer beslissingen te nemen die een directe impact kunnen hebben op de beleidsdomeinen waarvoor zij bevoegd zijn.”

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Valerie Van Peel et Nathalie Muylle et par MM. Luc Gustin et Dirk Janssens.

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Valerie Van Peel en Nathalie Muylle en door de heren Luc Gustin en Dirk Janssens.

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

09 Question de M. Alain Mathot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'endométriose" (n° 2969)

09 Vraag van de heer Alain Mathot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "endometrioze" (nr. 2969)

09.01 Alain Mathot (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le 13 mars dernier, nous célébrions la Journée internationale de l'endométriose. Cette maladie, qui touche de nombreuses femmes, reste hélas encore peu connue du grand public.

Les conséquences de cette maladie gynécologique peuvent pourtant être lourdes et particulièrement handicapantes. Ainsi, les patientes atteintes de cette pathologie peuvent être victimes de douleurs violentes. L'endométriose peut également provoquer l'apparition de kystes ou de lésions. Enfin, et plus grave encore, cette maladie est susceptible d'engendrer l'infertilité.

L'une des principales difficultés liées à cette maladie réside dans la difficulté de poser un diagnostic en raison de la diversité des symptômes de l'endométriose ainsi que de ses diverses manifestations. Son diagnostic peut ainsi prendre plusieurs années.

Pourtant, de nombreuses femmes sont atteintes de cette pathologie. Selon certaines études, elle toucherait une femme sur cinq. Elle serait également la principale cause de l'infertilité féminine. Il convient donc d'être particulièrement attentif à cette problématique de santé publique.

Madame la ministre, avez-vous connaissance du nombre de femmes atteintes de cette maladie dans notre pays? Quelle est la stratégie thérapeutique actuellement préconisée pour le traitement de cette maladie? Quel est le coût moyen de ce traitement? Dispose-t-on d'études récentes sur le sujet? Estimez-vous que la formation des médecins mette suffisamment l'accent sur cette pathologie? Enfin, des mesures sont-elles envisagées pour améliorer la sensibilisation du grand public ainsi que la prise en charge des patientes?

09.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Mathot, l'endométriose est une maladie féminine qui se manifeste par des menstruations très douloureuses à cause des saignements internes et qui peut évidemment conduire à l'infertilité.

Selon les estimations internationales, 5 à 10 % des femmes en âge de procréer pourraient être atteintes. Le traitement est essentiellement hormonal et aspécifique, du fait que la femme peut prendre des hormones pour énormément de raisons autres que l'endométriose. Normalement, il s'agit souvent de la contraception.

Dans certains cas, le gynécologue proposera de la chirurgie conservatrice pour éliminer du tissu de l'endométriose, en préservant l'utérus et les ovaires. Ces kystes peuvent aussi s'installer sur des cicatrices dans le ventre, sur les ovaires, dans l'utérus mais aussi dans le colon. C'est très douloureux! Ce n'est que lors de cas extrêmement rares qu'une hystérectomie totale sera considérée. Vu l'impossibilité d'identifier les malades par les prestations de diagnostic ou par le traitement sur la base des données de l'IMA, le calcul des coûts globaux des prises en charge est rendu impossible.

L'endométriose est une pathologie facilement reconnaissable: les femmes ont une douleur anormale lors des menstruations. Il n'y a pas de raison de croire que la formation des gynécologues ne soit pas adéquate et qu'ils ne traitent pas cette pathologie correctement.

Certaines femmes qui ont commencé à prendre la pilule à l'âge de 16 ou 18 ans ont déclaré qu'avant cette prise de la pilule, elles avaient des menstruations très douloureuses. C'est en fait la prise de la pilule qui a traité ces douleurs. Au moment d'arrêter la pilule, pour une envie de grossesse par exemple, c'est souvent là que la maladie se dévoile et se développe. Cinq à dix pour-cent des femmes pourraient en être atteintes. Ces femmes se trouvent généralement déjà en contact avec un service de fertilité, qui n'est pas toujours capable de les aider à avoir des enfants.

09.03 Alain Mathot (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je constate que vous connaissez bien le sujet. Néanmoins, parmi l'ensemble des questions que j'ai posées, certaines demeurent sans réponse. Vous m'avez cité un pourcentage au niveau européen ou mondial, alors que je posais la question par rapport à notre pays.

09.04 Maggie De Block, ministre: Il en va de même pour notre pays!

09.05 Alain Mathot (PS): Donc, on peut transposer cela à 5 ou 10 %!

Eu égard à l'ensemble de cette problématique, une sensibilisation est-elle prévue ou ne devrait-on pas réaliser une étude pour tenter d'améliorer cette problématique et de l'anticiper?

09.06 Maggie De Block, ministre: Normalement, les médecins traitants et les gynécologues sont très alertes pour cette maladie. Le fait est connu pour les jeunes filles. Dans la littérature, on appelle cela un *Mittelschmerz*. C'est un médecin allemand qui a posé le diagnostic. La *Mittelschmerz*, c'est la douleur au moment de l'ovulation et pendant la menstruation. Grâce à l'anamnèse, on peut déduire que c'est le cas et il suffit d'une échographie pour établir le diagnostic. Ce n'est vraiment pas très difficile.

La **présidente**: Je connais très bien cette maladie. On l'appelle 'kyste chocolat'!

09.07 Maggie De Block, ministre: C'est cela! Et dans l'intestin aussi!

La **présidente**: Dans les genoux aussi! Certaines femmes ont, chaque mois, leurs règles au niveau des

genoux!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les normes d'agrément des services collaborant à l'aide médicale urgente au sein des zones de secours" (n° 2962)

10 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenningsnormen voor de diensten die betrokken zijn bij de dringende medische hulpverlening in de hulpverleningszones" (nr. 2962)

10.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, j'aimerais revenir sur un sujet que nous avons abordé en novembre dernier, à savoir les normes d'agrément des services collaborant à l'aide médicale urgente au sein des zones de secours. À l'époque, je vous avais rappelé qu'une circulaire ministérielle relative à la continuité des missions d'aide médicale urgente au sein des zones de secours prévoyait qu'il revenait au ministre de la Santé publique, après concertation avec le ministre de l'intérieur, de fixer les normes d'agrément des services qui collaborent à l'aide médicale urgente. En réponse à ma question d'alors, vous m'aviez fait savoir que vous aviez demandé à votre administration et au Conseil national des secours médicaux d'urgence, de préparer, en concertation avec le secteur, une feuille de route en ce domaine. Vous m'aviez précisé que le ministre de l'Intérieur serait également impliqué et que vous alliez le rencontrer sur ce sujet en décembre 2014.

Madame la ministre, où en est-on dans la définition de ces nouvelles normes d'agrément? Avez-vous déjà pu établir une feuille de route comme vous l'aviez envisagé? Dans l'affirmative, pouvez-vous faire le point sur celle-ci? Dans le cas contraire, pour quand est-elle prévue? Par ailleurs, votre rencontre avec le ministre de l'Intérieur à ce sujet a-t-elle été constructive? Quel est le bilan de cette concertation?

10.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, ce sujet concerne beaucoup de communes et de personnes. Ce dossier de l'aide médicale urgente est pendant depuis longtemps et connaît peu d'activité.

J'ai l'honneur de vous faire savoir que les groupes de travail ont été mis sur pied au sein du Conseil national des secours médicaux d'urgence. Ces groupes de travail se sont vu imposer par la session plénière du Conseil national un calendrier très serré. J'ai demandé une feuille de route, mais avec un calendrier très serré, et pas un calendrier grec!

Chacun de ces groupes doit faire rapport tous les deux mois sur l'avancement de ses travaux en session plénière du Conseil national. Chacun des groupes est censé remettre, début octobre, un rapport final et un avis.

Afin de garantir le respect de ce calendrier serré, j'ai demandé à mon administration d'apporter une aide au sein des groupes de travail et le soutien nécessaire au secrétariat du Conseil national, afin que les rapports et avis puissent être très rapidement consolidés dans un avis global.

Dans le prolongement de ma concertation avec mon collègue le ministre de l'Intérieur, M. Jambon, je puis vous communiquer que l'administration de l'Intérieur apporte, elle aussi, son concours et son soutien à ces groupes de travail.

En résumé, une volonté très constructive entoure ce dossier. Le souhait de mon collègue de l'Intérieur et de moi-même est d'aboutir aussi rapidement que raisonnablement possible à un avis et une vision solidement étayée pour l'avenir de l'aide médicale urgente. Voilà, il y a de la coopération dans le gouvernement!

10.03 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie. Je vois que depuis le mois de novembre, des pas positifs ont été accomplis. Ces groupes de travail ont été créés; une date butoir a été fixée, en octobre. Votre administration et celle du ministre de l'Intérieur y apporteront leur soutien. Je constate en tout cas votre volonté d'aboutir dans ce dossier dans des délais que vous jugez raisonnables. Je me permettrai alors de revenir en octobre pour connaître le résultat – j'espère – des travaux qui auront été accomplis.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

11 Questions jointes de

- **M. Benoît Friart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre la rougeole" (n° 2989)**

- **M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la recrudescence de cas de rougeole en Europe" (n° 3173)**

11 Samengevoegde vragen van

- **de heer Benoît Friart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inenting tegen mazelen" (nr. 2989)**

- **de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toename van het aantal gevallen van mazelen in Europa" (nr. 3173)**

11.01 Benoît Friart (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le 25 février, l'OMS constatant une résurgence de l'épidémie, a appelé les pays européens à intensifier la vaccination contre la rougeole.

L'an dernier, 644 cas ont été déclarés aux États-Unis. En Europe également, 22 000 cas ont été détectés depuis 2014. Ces cas ont été repérés principalement en Bosnie-Herzégovine, en Géorgie ou encore en Russie, mais également plus proche de nous, en Italie et en Allemagne.

En Allemagne, entre octobre 2014 et février 2015, 583 cas ont été signalés. Un bébé de 18 mois en est malheureusement décédé en février dernier. Le débat sur la vaccination obligatoire contre la rougeole y a d'ailleurs été relancé depuis.

Les cas de rougeole ont diminué de 50 % entre 2013 et 2014 mais les épidémies actuelles menacent l'objectif d'atteindre l'éradication de la maladie en Europe pour la fin 2015.

En Belgique, le taux de vaccination atteint 92 % pour la première dose de RRO (vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons) et 85 % pour la deuxième dose.

Le pourcentage plus bas pour la deuxième dose augmente le risque d'infection pour les tranches d'âge plus élevées.

Madame la ministre, pouvez-vous nous confirmer le nombre de personnes qui ont été vaccinées en Belgique en 2014? Le Conseil supérieur de la Santé prévoit-il de donner de nouveaux avis aux Communautés, responsables de la prévention en termes de vaccination?

Faut-il renforcer cette prévention?

Comme en Allemagne, le débat concernant l'obligation de la vaccination contre la rougeole doit-il être relancé en Belgique?

11.02 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, comme mon collègue vient de le rappeler, il semblerait que depuis le début de l'année 2014, quelque 22 149 cas de rougeole aient été recensés dans 7 pays du continent européen.

Cette situation a amené d'ailleurs l'Organisation mondiale de la Santé à lancer un appel destiné au personnel médical et aux parents afin d'accélérer immédiatement la vaccination des groupes d'âges à risque et ainsi tenter d'arrêter les épidémies de rougeole dans les pays européens.

Pour rappel, il s'agit d'une maladie virale hautement contagieuse qui peut notamment provoquer des affections respiratoires ou neurologiques graves, comme des pneumonies et des encéphalites parfois mortelles.

Ainsi, je rappelle que le 18 février dernier, un bébé de 18 mois est mort à Berlin après avoir contracté la rougeole. Madame la ministre, pouvez-vous nous communiquer le nombre de cas de rougeole qui ont été recensés en Belgique au cours de l'année 2014? Ce chiffre est-il en hausse, en baisse ou constant par rapport aux années précédentes?

Par ailleurs, quelles actions sont-elles menées afin d'assurer le maintien d'une vigilance au plus haut niveau par rapport à cette maladie et pour encourager la vaccination?

11.03 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chers collègues, la vaccination relève de la compétence des Communautés. Je ne dispose donc pas des chiffres du taux de vaccination pour l'année 2014. Normalement, il devrait avoisiner 95 %.

J'ai consulté le Conseil supérieur de la Santé. De nouveaux avis sur la rougeole sont prévus pour la fin de cette année. Il existe un mouvement préoccupant contre la vaccination en général inspiré par une méconnaissance des effets bénéfiques et par des informations erronées sur certains effets secondaires.

Deux initiatives de mes services sont à citer. Tout d'abord, le Comité belge de bioéthique formule un avis sur le droit d'imposer une vaccination obligatoire et sur le droit de refuser une vaccination obligatoire. Vous savez que seule la vaccination contre la polio est obligatoire en Belgique. Ensuite, le Conseil supérieur de Santé rédige pour l'instant une série de FAQ dans le but de rectifier une série de malentendus et d'informations erronées sur les vaccins en général.

En 2014, 77 cas de rougeole ont été signalés. Près de la moitié se sont présentés lorsqu'un foyer s'est déclaré en garderie chez des enfants encore trop jeunes pour pouvoir être vaccinés. En 2013, 43 cas ont été signalés. Durant la période 2011-2012, la Belgique a également connu un foyer de rougeole avec un total de 784 cas. C'est toujours dans les crèches que cela commence.

L'incidence pour la Belgique a été estimée à sept cas par million d'habitants, ce qui fait qu'un des indicateurs de l'Organisation mondiale de la Santé pour considérer l'élimination de la maladie, qui équivaut à moins d'un cas par million d'habitants, n'est pas atteint.

Néanmoins, le taux de vaccination pour la Belgique avec la première dose contre la rougeole, les oreillons et la rubéole dépasse 95 %. C'est une condition indispensable pour parvenir à l'élimination. Les résultats ont aussi été publiés dans le rapport annuel de l'ISP.

Il est exact qu'il faut rester très vigilant. Cependant, il faut vacciner à deux moments: d'abord, vers treize mois, puis à l'âge de douze ans pour un rappel. Les deux doses sont nécessaires pour être immunisé. Ici, on parle de bébés qui sont trop jeunes pour être déjà vaccinés, mais ils ont souvent des frères et sœurs. D'où la nécessité d'une vaccination efficace pour éviter que des cas ne se déclarent. Quand ils se font connaître, il y a toujours un foyer. Nous n'allons pas vacciner au-delà de la limite d'âge recommandée par l'OMS.

11.04 Benoît Friart (MR): Je remercie Mme la ministre pour sa réponse très précise et très détaillée.

11.05 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse claire, précise et détaillée, ainsi que pour votre vigilance à cet égard.

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

12 Question de Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les lentilles colorées et fantaisie" (n° 2991)

12 Vraag van mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kleur- en fantasielenzen" (nr. 2991)

12.01 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, vous le savez comme moi, il existe des lentilles colorées permettant de changer la couleur des yeux en fonction du jour de la semaine, des lentilles avec un iris vertical pour avoir des yeux de chat. C'est un effet de mode qui, malheureusement, n'est pas sans conséquence! En effet, l'usage de ces lentilles fantaisie se généralise et elles échappent complètement au contrôle des ophtalmologues et des opticiens puisqu'elles sont vendues sans le moindre conseil d'hygiène et parfois même sur internet. C'est pourquoi le Conseil supérieur de la Santé (CSS) met en garde et souhaite informer les patients qui sortent du réseau d'achat traditionnel, sur les risques.

Parlons-en des risques! Les jeunes, inconscients du danger, s'échangent des lentilles de couleur, d'une semaine à l'autre, dorment avec après une soirée ou ne les rincent pas réellement ou parfois avec l'eau du robinet. Je pense qu'il y a réellement une désinformation par rapport à ces risques. De plus, avec ces lentilles, l'œil manque d'oxygène. Les dégâts provoqués par ces lentilles, ne répondant pas aux mêmes normes qualitatives que les lentilles correctrices, sont multiples: légère gêne, infections à répétition, etc.

Le Conseil supérieur de la Santé demande une campagne de sensibilisation composée d'affiches chez les esthéticiennes, coiffeurs, opticiens et d'autres secteurs. Le CSS demande également que la vente de lentilles colorées reste dans les mains d'un professionnel et préconise, de plus, un document de consentement éclairé visant à informer le consommateur, qui le signerait suite à l'achat des lentilles. Enfin, l'idéal serait de cibler directement le public visé et donc d'informer les jeunes via les écoles. Mais sur ce dernier point, ça ne relève pas de la compétence fédérale.

Madame la ministre, avez-vous connaissance de cette problématique et, si oui, avez-vous rencontré le secteur? Qu'en ressort-il? Allez-vous tenir compte des recommandations émanant du Conseil supérieur de la Santé concernant la distribution d'affiches et l'instauration d'un document de consentement? Pouvez-vous me dire si d'autres mesures sont également prises ou prévues? Avez-vous des contacts avec la ministre de l'Enseignement pour éventuellement instaurer des informations dans les écoles à ce sujet?

12.02 Maggie De Block, ministre: Madame Cassart, merci pour votre question. Les directives européennes relatives aux dispositifs médicaux ne s'appliquent qu'aux dispositifs qui ont des fins thérapeutiques ou de diagnostic, ce qui n'est pas le cas des lentilles de contact de fantaisie. Dans l'Union européenne, ces lentilles sont des produits ordinaires qui sont soumis aux législations générales relatives à la sécurité des produits et à la protection des consommateurs.

L'Union européenne est toutefois consciente du danger possible particulier pour la santé présenté par ce type de lentilles. Une révision des directives sur les dispositifs médicaux est actuellement en cours. Elle devrait prochainement aboutir à la refonte des trois directives actuelles en deux règlements, l'un relatif aux dispositifs médicaux et l'autre relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

Dans son état actuel, le projet de règlement relatif aux dispositifs médicaux prévoit que bien qu'elles ne sont pas des dispositifs médicaux, les lentilles de contact de fantaisie tomberont dans son champ d'application. Il en sera normalement de même avec d'autres dispositifs comme les dispositifs implantables à but purement esthétique.

La Belgique soutient les modifications à la réglementation actuelle. Il en découle que dans l'état actuel de notre législation, qui n'est que la transposition du droit européen en la matière, les lentilles de contact de fantaisie tombent dans les compétences du SPF Économie et non collègue M. Peeters et non de celles du SPF Santé publique.

Vu la répartition des compétences, cette question pourrait être aussi adressée au vice-premier ministre M. Peeters. Mais la moitié de la réponse sera identique – le fait que le règlement européen est en cours de révision.

12.03 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Cela est interpellant. Le problème est bien présent et il faut s'en occuper. Je comprends bien que vous me dites que cela relève de la compétence Économie et non Santé. Ce n'est pas disponible chez les ophtalmologues, mais c'est vendu sur internet. Je pense qu'il faut une concertation entre vous et le ministre Peeters. L'objectif est de trouver une solution, pour moi, en tant que parlementaire, quel que soit le ministre compétent. J'irai peut-être l'interroger aussi sur cette problématique dans quelque temps.

La **présidente**: Mme Muyle me fait remarquer qu'elle a posé la question voici quinze jours. Madame la ministre, lorsqu'une question a déjà été posée, n'hésitez pas à simplement faire référence à la réponse donnée précédemment.

12.04 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Je vous prie de m'excuser. Je n'avais pas vu qu'elle avait été posée. Peut-être est-ce dû au fait qu'une fois la question rédigée, cela prend parfois un peu de temps pour la déposer.

12.05 Nathalie Muylle (CD&V): Elle a été ajoutée à l'agenda.

12.06 Alain Mathot (PS): Dans ce cas, la question n'est-elle pas renvoyée par les services?

La **présidente**: C'est la ministre qui décide car il peut éventuellement y avoir un élément nouveau.

12.07 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Je suis désolée. L'objectif n'était pas de revenir sur une question déjà posée.

La **présidente**: Il est bon de rappeler à la ministre qu'on peut le faire, surtout lorsqu'il y a 50-70 questions à l'agenda.

12.08 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Évidemment, lorsqu'il y en a dix, c'est moins grave!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Samengevoegde vragen van

- **juffrouw Yoleen Van Camp** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal tandartsen" (nr. 3014)

- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan tandartsen en de opleiding van mondzorgassistenten" (nr. 3070)

- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opleiding en geografische spreiding van tandartsen" (nr. 3234)

13 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre de dentistes" (n° 3014)

- Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de dentistes et la formation d'assistants en soins de la bouche" (n° 3070)

- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation et la répartition géographique des dentistes" (n° 3234)

13.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, collega Dedry heeft hierover reeds een vraag gesteld naar aanleiding van een persbericht van de VBT dat er een tekort aan tandartsen zou bestaan. Uit cijfers die ik met een schriftelijke vraag heb opgevraagd, blijkt toch wel het tegendeel. Zowel het aantal afgeleverde visums als het aantal RIZIV-nummers ligt een stuk hoger dan het contingent. Voor de RIZIV-nummers bedroeg dat vorig jaar zelfs zowat het dubbel van het toegestane contingent.

In de cijfers werd geen onderscheid gemaakt tussen tandartsen met een Belgisch of met een buitenlands diploma. Die cijfers heb ik ondertussen opgevraagd, want blijkbaar kunnen buitenlandse tandartsen zich onbeperkt in aantal in ons land vestigen. Naast het aantal is er nog het probleem van de taal, want het is cruciaal dat tandartsen de taal van de patiënt machtig zijn. Denk bijvoorbeeld aan een zwangere vrouw bij wie een RX-onderzoek van het gebit nodig zou zijn.

Verder bleek uit uw antwoord aan mevrouw Dedry dat in Vlaanderen zeventig studenten zijn begonnen aan de tandartsopleiding, terwijl er dat in Wallonië zevenhonderd zouden zijn. Een ander aspect is nog de planningscommissie, die door de feminisering en veroudering van het beroep de activiteit op dit moment op 0.65 heeft gesteld. Wij krijgen signalen uit het werkveld dat dit cijfer achterhaald zou zijn, aangezien vrouwen meer voltijds werken en ouderen langer voltijds aan de slag blijven. Aan de andere kant neemt dan weer de zorgcomplexiteit toe, wat dan weer het aantal patiënten per zorgverstrekker verkleint. Het is een open deur intrappen, maar een kadaster dat alle parameters in kaart brengt, zal uitsluitsel geven: wij kijken met de verenigingen uit naar de komst ervan.

Klopt het dat buitenlandse, en ook Franstalige Belgische tandartsen, zich hier zomaar vrij kunnen vestigen, dus niet beperkt in aantal, en dat zij helemaal niet onder het quotum vallen? Hoe rijmt u dat met het quotum dat aan onze Vlaamse tandartsen wordt opgelegd? Wat is de huidige taalregel om zich in Vlaanderen te mogen vestigen? Is er eigenlijk wel een taalregel? Op welke manier wordt nagegaan of buitenlandse en Franstalige tandartsen de streektaal voldoende machtig zijn om zich te vestigen in Vlaanderen? Is er een

proef? Is die bindend? Vindt u het zelf opportuun dat tandartsen die zich in Vlaanderen vestigen, het Nederlands machtig zijn?

Ten tweede, hebt u er zicht op hoeveel Vlaamse tandartsen over de grens in Nederland werken? Die informatie is ook wel belangrijk om de cijfers te kunnen interpreteren.

Ten derde, u zei dat het kadaster van de tandartsen na dat van de artsen aan de beurt is. Daarbij heb ik een vraag omtrent de activiteitsgraad, thans gesteld op 0.65. Zal die worden bijgesteld in het licht van de redenen die ik heb aangehaald? Zal het kadaster rekening houden met het aantal niet-actieve tandartsen, dat werd geschat op 224 op 9 027? Zo ja, op welke manier zal dat gebeuren?

Zult u rekening houden met het aantal tandartsenassistenten dat nu actief is om het aantal tandartsen bij te stellen? Op welke manier zal dit in rekening worden gebracht? Hebt u er eigenlijk een idee van hoeveel tandartsassistenten in ons land ondertussen werkzaam zijn?

Voor huisartsen zijn er ondertussen begeleidende maatregelen getroffen, zoals Impulseo. Waarom worden dergelijke maatregelen niet getroffen voor tandartsen? Liggen er plannen op tafel? Is die bevoegdheid ondertussen al overgedragen naar de deelstaten? Hebt u weet van plannen op dat niveau?

Ik kom dan tot mijn laatste vraag. Hoe zult u ervoor zorgen dat het contingent bij de tandartsen wordt gehaald? Eist u, net zoals voor de artsen, een ingangsexamen, zoals dat in Vlaanderen al bestaat? Zal dat aan de start of op het einde van het komend academiejaar worden georganiseerd?

13.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik ben een beetje aan het schrappen in mijn antwoord, want aanvankelijk ging het om samengevoegde vragen van de dames Van Camp, Detiège en Jadin. Ik had een verschrikkelijk lang antwoord, vermits zij andere vragen hadden gesteld over dezelfde problematiek. Het lijkt mij niet slecht om zoveel mogelijk informatie uit te wisselen.

Mevrouw Van Camp, de contingentering bepaalt de quota van de Belgische gediplomeerden, zowel Frans- als Nederlandstaligen, die toegang krijgen tot de praktijkstages die het mogelijk maken om de bijzondere beroepstitel van tandarts te halen. Dit wil zeggen dat tandartsen met een diploma behaald in een ander land die hun erkenning verkregen via België, niet vallen onder de contingentering. Het kunnen er evenveel zijn als het aantal ontvangen aanvragen, als de voorwaarden uit de Europese richtlijn 2013/55 vervuld zijn.

De bijzondere beroepstitels van tandarts worden toegekend zonder geografische voorwaarden voor de uitoefening en zijn geldig voor heel België, ook al worden zij sinds de zesde staatshervorming ondertekend door de minister die een taalgemeenschap vertegenwoordigt. Aangezien Vlaanderen nog altijd een deel is van België kan elke tandarts met een erkenning er zijn beroep uitoefenen, ongeacht de gemeenschap waartoe de universiteit behoort die het basisdiploma heeft afgeleverd.

Momenteel bestaat er in Vlaanderen ook geen taaltest om zich als tandarts te vestigen. In Wallonië bestaat zo'n test evenmin.

In het kader van de omzetting van de Europese richtlijn 2013/55 vindt momenteel een reflectie plaats over de taalvoorwaarden om zich in België te vestigen als gezondheidszorgbeoefenaar, en over de mogelijkheid van het inrichten van een taaltest voor buitenlandse gezondheidszorgbeoefenaars die zich in België willen vestigen. Die reflectie is nog altijd bezig.

Wij hebben geen gegevens die ons in staat stellen om de beroepsactiviteit in het buitenland te kennen. Het PlanCAD tandartsen zal het mogelijk maken om een beeld te krijgen van dat aantal, via het aantal tandartsen dat geen sporen nalaat op economisch vlak in België. Dat wil zeggen dat ze geen werk- of vervangingsinkomen genieten. Aangezien het gaat om resultaten van werkzaamheden die veel tijd in beslag nemen en al die resultaten gevalideerd moeten worden door de Planningscommissie medisch aanbod, verwachten we die resultaten tijdens het begin van het tweede semester van 2015, laat ons zeggen na de zomer. Die resultaten zullen het mogelijk maken om de activiteitsgraad te kennen, niet alleen bij mannen en vrouwen maar ook per leeftijdsgroep en per gewest. Het doel van het kadaster is uiteraard het activiteitsvolume te kwantificeren. De berekeningen gebeuren op basis van de activiteitsvolumes geregistreerd in het kader van de RIZIV-prestaties.

U hebt gevraagd of men zal weten welke tandartsen niet actief zijn. Dat is gemakkelijk. Daar geldt hetzelfde

als bij de dokters. Door kruising van de gegevens weten wij dat. Als er geen RIZIV-tarificaties zijn, dan zijn ze ook niet actief. Ik neem aan dat een tandarts die actief is dat toch doorgeeft aan het RIZIV. Dat mag ik toch hopen.

De tandartsassistenten mogen enkel administratief werk verrichten en geen gezondheidsberoep uitoefenen. Ze worden dus ook niet opgenomen in de federale databank van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen. We beschikken dus niet over gegevens over hun aantal en hun activiteit. We kunnen eventueel in de hypothesen die ten grondslag liggen aan de uitwerking van de scenario's, een daling vaststellen van de administratieve werklust door de aanwezigheid van die tandartsassistenten.

Deze bevoegdheid is overgedragen aan de deelstaten. Ik kan dus sedert de zesde staatshervorming eigenlijk geen initiatieven nemen om een dergelijke maatregel te treffen voor de tandartsen. Deze zaken worden ook besproken in de interministeriële commissie. Aangezien de besprekingen aan de gang zijn, kan niemand exacte informatie geven over wat er momenteel op tafel ligt.

Ik vestig uw aandacht op het feit dat het saldo van de uitvoering van de contingentering in 2013 -34 eenheden bedraagt in de Vlaamse Gemeenschap en -15 eenheden in de Franse Gemeenschap. Dat is terug te vinden op pagina 74 van het jaarverslag van de Planningscommissie medisch aanbod van 2013.

Gelet op het aantal inschrijvingen, namelijk zeventig in Vlaanderen en zevenhonderd in Wallonië, zullen er over vijf jaar, wanneer deze mensen actief zullen zijn, belangrijke overschrijdingen zijn voor de volgende periode.

De vraag is niet zo eenvoudig als men zou denken. De Franse staatsburgers die in België komen studeren om de numerus clausus in hun land te vermijden, zijn zo talrijk geworden dat de Federatie Wallonië-Brussel tandheelkunde heeft toegevoegd aan de lijst van studies die vallen onder het decreet inzake niet-verblijvenden.

Gelet op het aantal stageplannen dat in België wordt ingediend, blijkt dat die staatsburgers enkel komen om te studeren en dat zij, nadat zij hun diploma in België hebben behaald, terugkeren naar hun land om daar te werken. De houders van het diploma van master in de Tandheelkunde moeten in Frankrijk immers geen stage beroepspraktijk doen om er hun beroep te mogen uitoefenen; zij kunnen meteen aan de slag. Een reden temeer om hier uw tanden te laten verzorgen, meen ik.

Wat de vragen over het tekort aan tandartsen betreft: het opstellen van een kadaster van actieve beroepsbeoefenaars is een werk van lange adem, want dit moet nauwkeurig gebeuren.

Het PlanCAD-project wordt concreet gemaakt door het koppelen van de gegevens van de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidsberoepen, het zogenaamde kadaster, aan de gegevens van het RIZIV over de terugbetaling, de gegevens van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, de gegevens van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten (RSZPPO) en de gegevens van het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen. Deze koppelingen moeten telkens bij elke gegevensstroom gedaan worden. De koppelingen gebeuren natuurlijk anoniem. Zij vereisen het akkoord van het sectorcomité Gezondheid van de Privacycommissie.

In 2013 werd het PlanCAD-project opgestart, zowel voor artsen als tandartsen. In overleg met de werkgroepen van de artsen en de tandartsen en met de experts van het RIZIV heeft de cel Planning de lijst met mogelijke variabelen voor de koppeling opgesteld.

In de herfst van 2013 werden de toelatingsaanvragen voor het sectorcomité Gezondheid van de Privacycommissie en voor de koppeling van gegevens door de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid ingediend. In juni 2014 beschikte de administratie over de gekoppelde, anoniem gemaakte gegevens. Tijdens de zomermaanden van 2014 konden de gegevens worden geformatteerd en kon de kwaliteit ervan worden getoetst. Vervolgens werden zij ook gekoppeld aan al de gegevens die ik opgenoemd heb.

Momenteel is de administratie het kadaster van de artsen aan het opstellen voor elk van de zesendertig medische specialismen. Er moeten namelijk nieuwe quota worden opgesteld voor het jaar 2021, zoals u weet vóór de aanvang van het volgend academiejaar. Daarna zal de administratie zich buigen over het kadaster van de actieve tandartsen. Dat is dringender, omdat die opleiding zeven en daarna zes jaar zal duren. De quota voor de tandartsen worden pas in juni 2016 verwacht, dus daar zit een jaar verschil op. In

een later stadium zullen de analyseresultaten van de gekoppelde gegevens gebruikt worden om evolutiescenario's van de *workforce* op te stellen.

Voor de inschatting van het toekomstig aanbod aan beoefenaars van een gezondheidsberoep, moeten wij natuurlijk kennis hebben van de huidige stand van zaken en van de evolutie. Op basis van dat werk zal het mogelijk zijn om de quota te bepalen die overeenstemmen met de reële situatie op de arbeidsmarkt, ook rekening houdend met de evolutie van de zorgbehoeften, zoals hier al dikwijls is gezegd.

De Raad van de Tandheelkunde heeft in 2013 een advies uitgebracht over de mondzorgassistent, wat nog iets anders is dan de tandartsassistent. In dat advies kwamen een aantal aspecten aan bod, namelijk de bevoegdheden van de assistent, de duur van de opleiding en de planning van het nodige aantal mondzorgassistenten. De opleiding voor dat nieuwe gezondheidsberoep is verschillend, omdat de mondzorgassistenten wel bepaalde prestaties zouden mogen uitvoeren. Die opleiding is echter geen federale bevoegdheid, maar een bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Ik blijf erbij dat de zesde staatshervorming inzake de gezondheidsberoepen en inzake de versnippering van bevoegdheden geen cadeau geweest is. Het maakt het allemaal extra ingewikkeld. Niettemin zullen wij op federaal niveau het dynamisch kadaster ontwikkelen, zowel voor de artsen als voor de tandartsen. De grote discussie over de quota zal vervolgens in de Planningscommissie aangevat moeten worden, waarin ook de deelstaten vertegenwoordigd zijn.

Het is belangrijk te weten dat de deelstaten ook vertegenwoordigd zijn in de Planningscommissie.

13.03 Yoleen Van Camp (N-VA): mevrouw de minister, ik dank u voor uw omstandig antwoord. Ik ben blij dat onze partij niet de enige is waarin men het gevoel heeft dat de zesde staatshervorming de zaken, niet alleen op het vlak van volkgezondheid, enorm bemoeilijkt heeft.

*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 "de laattijdige uitbetaling aan verpleegkundigen door e-mut" (nr. 3016)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van geneeskundige verzorging door de ziekenfondsen" (nr. 3334)

14 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le paiement tardif des infirmières par e-mut" (n° 3016)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des soins de santé par les mutuelles" (n° 3334)

14.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Deze vraag heeft ons enkele weken geleden bereikt vanuit de praktijk. Sinds enkele maanden blijken er door de omschakeling grote problemen te zijn of geweest te zijn met het informaticasysteem van de mut400, waardoor de uitbetaling aan verpleegkundigen spaak liep of nog altijd loopt. Verschillende verpleegkundigen zijn daardoor in financiële problemen geraakt.

De problemen bleken zich vooral voor te doen bij uitbetalingen via het derdebetalerssysteem mut400. Ondanks vele pogingen om dit via het VBZV en het RIZIV aan te kaarten, bleven de problemen aanslepen. Er werd ons ook meegedeeld dat de communicatie hierover door de mutualiteit echt ondermaats was.

Softwareproblemen zijn onvermijdelijk, maar zouden toch niet mogen leiden tot geen of een laattijdige uitbetaling aan diegenen die met het derdebetalerssysteem werken. Het systeem wordt immers net gepromoot door het RIZIV en de overheid. Als er problemen zijn, blijken de gebruikers in de praktijk echter wel de dupe te zijn.

De mutualiteit heeft zes weken tijd om uit te betalen, wat al een lange periode is. Softwareproblemen zouden dus binnen die tijd verholpen moeten zijn. Als dat niet het geval is, zou er toch wel een plan B in werking moeten treden waardoor verpleegkundigen een gegarandeerd inkomen hebben, een inkomen waarop ze recht hebben. Tijdelijk overschakelen op een papieren afhandeling zou bijvoorbeeld soelaas kunnen bieden,

maar ook daarbij zagen veel verpleegkundigen hun zendingen verworpen doordat de mutualiteit blijkbaar niet de juiste informatie had verstrekt over de opmaak van het bestand.

Na zes weken mag de verpleegkundige wel verwijlntresten opeisen, berekend vanaf de eerste dag na het verstrijken van de betalingstermijn. De verpleegkundige vordert die verwijlntresten terug van de betrokken verzekeringsinstelling via een aangetekende brief waarin het gevorderde bedrag omstandig moet worden gemotiveerd. Die verwijlntresten stellen echter niets voor in vergelijking met het cashprobleem dat verpleegkundigen ervaren door de laattijdige uitbetalingen.

Bent u of was u op de hoogte van het probleem?

Wat was nu precies de oorzaak?

Wat stelt u voor om in de toekomst zulke problemen te vermijden? Is er in een plan B voorzien of is het verplicht om bij softwareproblemen via een andere weg de rechtmatige inkomsten te garanderen?

Denkt u eraan om de verwijlntresten te verhogen, opdat ook de kosten van bijvoorbeeld die aangetekende zending gedekt worden?

Mut400 zou met man en macht hebben gewerkt om de problemen op te lossen en om de opgelopen achterstand weg te werken. Hoe komt het dan dat de problemen meer dan drie maanden aanslepen of hebben aangesleept?

Wat kan er volgens u aan de communicatie verbeterd worden? Op welke manier wil u dat concreet bewerkstelligen?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, ik heb inderdaad ook aanwijzingen gekregen dat de Landsbond van liberale mutualiteiten met een betalingachterstand zou kampen en dit voor bepaalde gevallen. Enkele sociaal verzekerden en ook enkele zorgverstrekkers hebben deze problemen aangekaart.

Wij hebben natuurlijk ook uitleg gevraagd en de Landsbond van de Liberale Mutualiteiten heeft per 1 januari 2015 een volledig ander ICT-platform in gebruik genomen voor alle toepassingen, ineens voor alle toepassingen. Deze transitie werd gedurende maanden voorbereid en de toezichthoudende instanties werden op voorhand op de hoogte gesteld van de omschakeling op 1 januari 2015.

De correctheid en snelheid van betalingen door de ziekenfondsen is inderdaad zeer belangrijk, enerzijds voor de sociaal verzekerden om de financiële drempel inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zo laag mogelijk te houden en, anderzijds, natuurlijk ook voor de zorgverstrekkers om tijdig vergoed te worden. Het is van het grootste belang dat het derdebetalerssysteem op operationeel niveau goed functioneert en nauwkeurig is.

De huidige regelgeving voorziet niet in specifieke terugbetalingstermijnen voor de getuigschriften voor verstrekte hulp na consultatie van de huisarts eenmaal ingediend bij het ziekenfonds. Voor de derdebetalersregeling is er wel in specifieke betalingstermijnen voorzien, voornamelijk afgesproken en bepaald in de nationale overeenkomsten bij het RIZIV tussen diverse groepen van zorgverstrekkers en ziekenfondsen.

Teneinde de hier aangehaalde problemen te objectiveren en te concretiseren, heb ik dan ook de toezichthoudende instanties voor de ziekenfondsen, met name het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, opgedragen een onderzoek uit te voeren bij de Landsbond van liberale mutualiteiten.

Ik denk dat wij het probleem in kaart moeten brengen, als het ondertussen nog niet verholpen is. In elk geval moet dit ons iets kunnen leren over eventuele kinderziekten die de omschakeling van een ICT-platform kan teweegbrengen. Het zou niet mogen, maar het gebeurt en wij trachten hieruit lessen voor de toekomst te trekken. U spreekt over een plan B, maar u weet ook dat overschakelen naar een geheel nieuw ICT-platform reeds enorm veel werk is; als men dan ook nog eens een parallel papieren circuit wil opzetten, is dat niet echt een plan B.

Als men overschakelt naar een nieuw ICT-platform moet men er vooraf over waken dat er zo min mogelijk kinderziekten zijn. Blijkbaar is daar iets misgelopen.

De uitleg van de betreffende mutualiteit is wat hij is, maar ik heb toch een objectief controleonderzoek gevraagd door het RIZIV en de Controledienst.

14.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, wij zijn heel tevreden met het feit dat die problemen ernstig worden genomen. Ik ben er zeker van dat dit op het werkveld zal worden geapprecieerd, zeker omdat het onderzoek zal worden gebruikt om bij toekomstige omschakelingen te letten op eerder gemaakte fouten.

Ik onthoud ook dat wij moeten herbekijken of de terugbetalingstermijn ook buiten het derdebetalerssysteem kan worden toegepast.

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

15 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de correctiemaatregelen voor de tandartsen" (nr. 3017)

15 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures de correction pour les dentistes" (n° 3017)

15.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, eind januari verscheen het nieuwe nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen in het *Belgisch Staatsblad*. In de paragraaf over de correctiemaatregelen lees ik het volgende: "Uitgavenverhogingen ten gevolge van uitbreidingen van de derdebetalersregeling en overschrijdingen van de quota zoals vastgesteld in het KB van 19/8/2011 zullen geen aanleiding geven tot correctiemaatregelen en zullen worden opgenomen in de technische ramingen die de basis vormen voor de partiële begrotingsdoelstelling voor het volgend jaar."

Ikzelf kan mij, samen met de beroepsgroepen, moeilijk voorstellen dat er een discrepantie zou komen in de inkomsten van tandartsen tussen de landsdelen. Waar komt dan het budget voor de overschrijding dan wel vandaan?

15.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, ik kan u alleen melden dat de Nederlandstalige tandheelkundige beroepsvereniging tijdens het overleg voor een nieuw nationaal akkoord, het dento-mut, heeft aangedrongen op het vermelden van die vrijwaringsclausule.

De vermelding van de bepaling heeft als eerste doelstelling alle betrokkenen bij de toepassing van het koninklijk besluit betreffende de planning van het aanbod van de tandheerkunde aan te zetten tot een nauwgezette en correcte toepassing ervan.

Op het moment starten meer studenten de tandartsopleiding in Wallonië dan vooropgesteld in het eerder vermelde koninklijk besluit. Er werd hier vandaag al aangehaald dat het een problematiek betreft waarvoor ik in overleg een oplossing wil vinden.

Ik heb dus voorgesteld om ook voor tandartsen een ingangsproof te laten inrichten voor het eerste jaar, zoals bij ons, onder andere om te voorkomen dat er bijkomende financiële middelen moeten worden gevonden om eventuele overschrijdingen te compenseren.

Ik heb vandaag ook al in een interview gevraagd wat de zevenhonderd tandartsen over vijf jaar zullen doen in Wallonië. Er kan nu een klein tekort zijn, maar zevenhonderd tandartsen, dat zal volgens mij leiden tot een *pauvreté diplômée*.

La présidente: Rien ne dit qu'ils seront 700 à ce moment-là.

15.03 Maggie De Block, ministre: Même s'il n'y en avait que 500 ou 600, il y a moins de 15 % de ceux qui ont commencé qui ne vont pas y arriver. Avec un diplôme de dentiste, on ne peut faire n'importe quel métier. En tant que médecin, les possibilités sont plus larges, on peut même faire de la politique! Les dentistes aussi, évidemment.

Blague à part, les dentistes sont un peu limités dans leur profession. Il faut appeler un chat un chat.

15.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik weet niet of ik volledig gerustgesteld ben door uw antwoord.

U gaat natuurlijk van het misschien al te optimistische scenario uit, namelijk dat er geen problemen zullen optreden en dat er dus geen probleem is.

Laten we dat samen met u hopen. Wij vrezen echter het tegendeel. Wij zullen op dat ogenblik bekijken waar het budget vandaan komt en welke oplossingen u dan zult uitwerken.

Wij volgen het dossier op.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Renate Hufkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de visie op het gebruik van medische apps" (nr. 3043)

- de heer **Benoît Friart** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de e-gezondheidsbusiness" (nr. 3124)

16 Questions jointes de

- Mme **Renate Hufkens** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la conception de l'utilisation d'applications santé" (n° 3043)

- M. **Benoît Friart** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'e-santé" (n° 3124)

16.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, indien u nog Vlaamse spreekwoorden in petto hebt, laat ze dan gerust komen.

Mijn vraag dateert van een weekje vóór uw zeer interessant interview in *De Tijd*. Een aantal vragen is dus gedateerd, maar niets belet ons om het debat hier opnieuw te voeren.

De ontwikkeling van medische *apps* die klinisch getest zijn, staat nog in de kinderschoenen. Er zijn heel veel *fitness-apps*, zoals de stappentellers en hartslagtellers. Dat zijn *apps* waarvoor mensen heel graag betalen, maar die niet klinisch getest zijn en daarom nog niet meteen een meerwaarde bieden, of slechts een dubieuze meerwaarde bieden.

Ondertussen zijn de universiteit van Hasselt en het ziekenhuis van Genk al met privéfirma's in samenwerking getreden om volop onderzoek te doen, zodat de *apps* ook kunnen worden gebruikt voor bijvoorbeeld het meten van hartritmestoornissen. De Belgische wetenschappers zijn ook voorlopers in dat onderzoek, iets waarop wij erg trots kunnen zijn.

De universiteit van Hasselt onderzoekt nu op welke manier het die *app* op de markt kan brengen. Belangrijk bij dat soort *apps* of bij de lancering ervan is de afstemming met de artsen alsook het sensibiliseren van de gebruikers. Ook belangrijk zijn de betalingsbereidheid en de link met een eventuele terugbetaling door het RIZIV.

Mevrouw de minister, daarom heb ik de volgende vragen voor u.

Wat is uw visie op de ontwikkeling van de medische *apps*? Zouden zij een efficiënt instrument kunnen zijn om de volksgezondheid te verbeteren?

Bent u van plan in de toekomst een informatiecampagne te organiseren bij de artsen en specialisten over de ontwikkeling van die *apps* en zelfs over het voorschrijven ervan? Zo ja, hoe wilt u dat aanpakken?

Overweegt u een label in te voeren om de gebruikers duidelijk te maken dat het effectief over gevalideerde medische *apps* gaat?

16.02 Benoît Friart (MR): Madame la ministre, ces dernières années ont vu l'apparition et la multiplication d'applications mobiles, mais également de *devices* connectés dédiés à la santé: balances mesurant l'indice de masse corporelle, t-shirts enregistrant le rythme cardiaque, podomètres ou bracelets connectés; les exemples sont nombreux.

Tous ces gadgets connectés permettent la transmission d'un ensemble de données vers le *smartphone*, la tablette et l'ordinateur de leur propriétaire. Ces données sont collectées et synthétisées au sein de diverses applications qui permettent à l'utilisateur d'accéder à plusieurs types de renseignements, de graphes etc. Tout cela lui donne des informations sur son état de santé. Certains nomment cette tendance 'l'automesure'.

Avec l'arrivée des *smartwatches* sur le marché, mais aussi avec l'intégration, par les différents constructeurs, de ce type d'applications directement dans leurs *devices*, on imagine que ce phénomène va continuer à croître dans les années à venir. Le business de l'e-santé augmente de plus en plus. La Commission européenne estime que la valeur de ce marché dépassera 17 milliards d'euros en 2017. Je vous poserai dès lors les questions suivantes.

Qu'en est-il de la protection et de la commercialisation de ces données en Belgique? Une réglementation adaptée est-elle prévue? De nombreux risques liés à la vie privée existent. Je pense, par exemple, aux compagnies d'assurance, tentées d'acheter ce type de données, mais aussi à certaines entreprises qui pourraient cibler encore plus leur publicité. Un employeur peut également surveiller l'état de santé de son salarié en lui offrant un bracelet connecté. La précision de cette technologie n'est pas toujours optimale. De plus, rien ne peut remplacer l'avis d'un expert médical. Quelles actions peuvent-elles être menées pour agir préventivement contre l'utilisation inadéquate de ce type de technologies? Existe-il en Belgique des études analysant ce type d'applications?

16.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Hufkens, mijnheer Friart, het is *De Tijd* zelf die daaraan een katern wou wijden. Vermits ik daarover vroeger al gesproken heb, hebben zij mij gecontacteerd. Ik vond dat een prima kans voor een kennismaking. Ik ben helemaal gek van de boeiende technologische evolutie en de ontwikkeling van de telegeneeskunde. Het wordt een opportuniteit voor de geneeskunde, voor de opvolging van patiënten, voor het beschouwen van de patiënt als een actieve partner in het bewaken van zijn gezondheid. Wij zullen daartoe dus een instrument hebben.

Wij moeten daar natuurlijk voorzichtig mee omgaan. Zoals u weet, bepaalt het regeerakkoord dat wij de ontwikkeling en gerichte terugbetaling van telegeneeskunde, als alternatief voor de klassieke zorg, zullen stimuleren. Ik verwijs ook naar het actieplan e-Gezondheid, dat in 2013 werd opgesteld en loopt tot 2018. Tijdens de bespreking daarvan had men het al over mHealth en men heeft toen besloten dat het misschien toch nog een beetje te vroeg was om mHealth al in het actieplan op te nemen.

Wij zijn nauwelijks twee jaar verder en wij moeten het initiatief nemen om een hoofdstuk betreffende mHealth toe te voegen. Terloops gezegd, de "m" in mHealth staat voor "mobile" en niet voor Maggie.

U vraagt of de apps een efficiënt instrument kunnen zijn om de volksgezondheid te verbeteren. Welnu, het potentieel van mHealth gaat verder. mHealth kan eventueel de communicatie tussen de zorgverstrekker en de patiënt verbeteren, maar het vermindert wel de noodzaak van een afspraak met de zorgverstrekker. Onder andere de dienst Cardiologie van het ZOL, het Ziekenhuis Oost-Limburg, heeft projecten lopen met patiënten en geeft hen een toestel met een app. Er gebeurt natuurlijk wel nog een dubbele controle. Men tracht na te gaan wat het verschil is tussen de meting die men doorkrijgt en de meting tijdens de consultatie. Dit verhoogt de betrokkenheid van de patiënt en draagt bij tot de noodzakelijke administratieve vereenvoudiging voor alle actoren in de gezondheidszorg.

Het is echter ook belangrijk dat wij weten dat de gegevens door geijkte toestellen worden gemeten en dat het signaal dat wordt doorgestuurd goed is en strookt met de werkelijkheid.

Néanmoins, nous devons aussi, dans tous les cas, prêter attention au respect de la vie privée et à l'exactitude scientifique des applications et nous devons travailler à l'élaboration d'un modèle de remboursement. Cela signifie qu'en cas de nécessité, le signal sera transféré vers votre médecin, votre cardiologue ou une personne rémunérée pour analyser ce signal et que celui-ci ne sera pas envoyé dans un circuit où tout le monde peut savoir que vous présentez des symptômes d'arythmie cardiaque.

En ce qui concerne le modèle de remboursement, il est nécessaire de créer un cadre auquel les applications

doivent se conformer. C'est ce qu'il importe de faire en premier lieu. Ce cadre accordera probablement aussi un label à certains outils.

Ik ben het met u eens dat een gerichte informatiecampaagne kan worden gevoerd en dat de patiënt, bijvoorbeeld na een elektroshock om ritmestoornissen te verhinderen, de keuze krijgt om gedurende een jaar drie of vier keer naar de cardioloog te gaan dan wel het signaal door te sturen. Als er dan geen problemen zijn, gaat men niet. Dan moet men natuurlijk wel een bezoldiging regelen voor het doorsturen van het signaal en vooral voor de analyse en voor het gevolg dat eraan wordt gegeven. Het is booming business, maar we moeten echt goed het onderscheid maken, op basis van *evidence-based studies* die nu lopen, of dit tot onze gezondheid kan bijdragen en de patiënt actiever kan betrekken. Het kan echter ook wat spelerei zijn – dat mag ook bestaan – waarbij bepaalde zaken worden gemeten die misschien wel plezierig zijn om te weten, maar die niet noodzakelijk zijn om de gezondheid te meten.

16.04 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben blij dat u de ontwikkelingen op de voet volgt. Ik zei al dat ik het interview in *De Tijd* zeer interessant vond. U hebt misschien vandaag in *De Standaard* gelezen dat er ook al gedacht wordt aan *apps* die kunnen bijdragen aan de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld om te stoppen met roken.

Ik onthoud vooral dat de relevantie en het wetenschappelijk nut bewezen moeten worden. Dat is ook voor onze fractie van belang, zeker als men tot terugbetaling wil overgaan.

Ook aandacht voor de privacy is belangrijk. Wij zullen de komende maanden of jaren dus zeker opvolgen hoe de uitwerking er zal uitzien.

16.05 Benoît Friart (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je pense que nous devons rester attentifs à l'évolution de ces technologies, à l'utilisation qui va en être faite et aux dérives qui pourraient survenir.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

17 Question de M. Luc Gustin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la distribution d'iode dans le périmètre des centrales nucléaires" (n° 3046)

17 Vraag van de heer Luc Gustin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verdeling van jodiumtabletten in de zone rond een kerncentrale" (nr. 3046)

17.01 Luc Gustin (MR): Madame la ministre, ma question concerne la distribution d'iode dans le périmètre des centrales nucléaires. Au vu des incidents qui ont affecté récemment certaines centrales nucléaires, le Conseil supérieur de la Santé estime qu'une meilleure protection de la population serait nécessaire.

La prise d'iode stable associée à une mise à l'abri est un moyen de protéger efficacement la thyroïde contre les effets des rejets d'iode radioactif qui pourraient survenir en cas d'accident nucléaire. À l'heure actuelle, chaque citoyen habitant une zone située dans un rayon de 10 km autour des centrales peut bénéficier de comprimés d'iode. Selon un article de presse, le Conseil supérieur de la Santé insiste sur l'élaboration et la planification d'une stratégie de distribution rapide et ce, à des distances allant jusqu'à 100 km et plus du lieu de l'accident.

Dès lors, madame la ministre, pouvez-vous me faire connaître votre position sur l'avis émis par le Conseil supérieur de la Santé?

17.02 Maggie De Block, ministre: Il s'agit d'une réponse assez technique, monsieur Gustin. J'ai pris connaissance de l'avis n° 9275 du Conseil supérieur de la Santé qui a été publié le 4 mars 2015. L'objectif est évidemment de tirer les leçons de l'accident de Fukushima et d'autres incidents graves.

En attendant le rapport global concernant la gestion de crise en cas d'accident nucléaire de grande ampleur, le Conseil supérieur a publié un premier avis partiel sur la protection de la glande thyroïde contre les cancers induits par le rayonnement.

Le plan fédéral d'urgence nucléaire fait actuellement l'objet d'un processus d'actualisation mené par le

Centre de crise national en collaboration avec l'Agence fédérale de contrôle nucléaire et étudie notamment la distribution et l'administration de comprimés d'iode.

Les acteurs concernés, dont le SPF Santé publique, examinent au sein des différents groupes de travail les divers aspects du plan dont la taille des zones de planification d'urgence. Au cours de ce processus, il est tenu compte d'éléments scientifiques, stratégiques et évidemment opérationnels, parce que cela doit aller vite.

En ce qui concerne la taille des zones de planification d'urgence, il importe de souligner que les zones géographiques où sont déployées *de facto* les mesures de protection ne correspondent pas toujours ni se limitent aux territoires dans lesquels les mesures ont été préparées au maximum.

Il y a des différences entre les zones d'intervention et les zones de planification d'urgence.

Nous attendons une nouvelle version d'un plan d'urgence d'ici fin 2015. Comme vous le savez, le Centre de crise est de la compétence du ministre de l'Intérieur. Mais évidemment, mes services sont impliqués parce que cela concerne la santé publique.

17.03 Luc Gustin (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je suis heureux d'apprendre qu'un processus d'actualisation est en cours. Mais je crois qu'il faut répondre rapidement à l'inquiétude de nos concitoyens.

Dans ma commune, il y a des gens qui sont dans la zone de 10 km, d'autres pas. Dans un pays comme la Suisse, je pense que c'est une zone de 50 km qui est prise en compte.

C'est surtout une question de clarté et il faut rassurer les personnes.

Je pense d'ailleurs qu'il y a des stocks dans les pharmacies qui se trouvent dans un périmètre de 20 km. Tout cela est un peu nébuleux pour les gens vivant dans un périmètre très proche d'une centrale nucléaire.

Je compte sur vous, comme vous le disiez tout à l'heure, pour qu'il y ait une bonne coopération avec le ministre de l'Intérieur pour peut-être essayer de clarifier au plus vite cette situation.

17.04 Maggie De Block, ministre: C'est ce qu'on fait

Le président: J'ai suggéré que ce soit toute la Belgique car avec 100 km entre Chooz, Doel et Tihange, on couvre tout.

17.05 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, merci pour votre suggestion.

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

18 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorschrijven van geneesmiddelen door vroedvrouwen" (nr. 3049)

18 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription de médicaments par les sages-femmes" (n° 3049)

18.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, normaal is het een voorrecht van de artsen om geneesmiddelen voor te schrijven. Sinds vorig jaar is daarin verandering gekomen. Sinds januari 2014 kunnen vroedvrouwen onder bepaalde voorwaarden geneesmiddelen voorschrijven. Een ander KB regelt ook de lijst van geneesmiddelen die door de vroedvrouwen autonoom mogen worden voorgeschreven.

In België zijn daaraan heel wat voorwaarden verbonden. Om de geneesmiddelen te mogen voorschrijven, dient men een specifieke erkenningaanvraag bij de FOD Volksgezondheid in te dienen.

Zo moet de vroedvrouw voldoende opgeleid zijn om geneesmiddelen voor te schrijven. Voor de vroedvrouwen die hun beroepstitel voor 1 oktober 2014 hebben behaald, is een bijkomende opleiding van minimaal dertig effectieve uren vereist. De vroedvrouwen moeten ook beschikken over een specifiek RIZIV-

inschrijvingsnummer. Op die manier kunnen de voorgeschreven geneesmiddelen door een apotheker worden afgeleverd en komt de ziekteverzekering in de kosten tussen.

Indien een vroedvrouw beschikt over een erkenning en een geschikt RIZIV-nummer, kan hij of zij een voorschriftenboekje bij het RIZIV bestellen. Er moeten dus heel wat stappen worden doorlopen.

Hoeveel vroedvrouwen hebben het afgelopen jaar in België een erkenningsaanvraag ingediend? Ik had graag een opdeling per provincie gekregen, als dat mogelijk is.

Hoeveel vroedvrouwen volgden al een bijkomende opleiding? Hoeveel beschikten al over een basisopleiding? Hoeveel vroedvrouwen vroegen een specifiek inschrijvingsnummer bij het RIZIV aan? Hoeveel voorschriftenboekjes werden reeds door het RIZIV aan vroedvrouwen uitgedeeld?

18.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik was mij hier juist de bedenking aan het maken of we, nu we van de geneesheren allemaal artsen gemaakt hebben, ook van de vroedvrouwen iets anders moeten maken. Er bestaan immers ook al vroedmannen, al zijn het er niet veel. In het kader van de genderneutraliteit moeten we in de twee richtingen werken.

18.03 **Els Van Hoof** (CD&V): Misschien moeten we spreken van vroedmensen?

18.04 Minister **Maggie De Block**: We zullen eens een wedstrijd inrichten om een naam te vinden voor de mannelijke vroedvrouwen.

La **présidente**: Les messieurs sages-femmes ont décidé de continuer à s'appeler sages-femmes. Ils ont marqué leur accord sur cette appellation.

18.05 Minister **Maggie De Block**: De Planningscommissie medisch aanbod kan op dit moment geen uitspraken doen over het aantal vroedvrouwen in 2014 geregistreerd. Dat zal pas in mei 2015 mogelijk zijn. De cijfergegevens voor 2013 zijn er wel al. Toen waren er in België 9 522 geregistreerde vroedvrouwen. Een opdeling per provincie heb ik echter niet.

Sedert 14 januari 2014 is het wettelijk mogelijk voor vroedvrouwen om bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven. De wetgever heeft effectief een verschil gemaakt tussen vroedvrouwen die een diploma behaald hebben vóór 1 oktober 2014, en vroedvrouwen die hun diploma behaald hebben na 1 oktober 2014. Als ze hun diploma vóór die datum behaald hebben, dienen zij een bijkomende opleiding te volgen alvorens ze de machtiging kunnen krijgen.

De bijkomende opleiding dient georganiseerd te worden door of in overeenkomst met een onderwijsinstelling die beantwoordt aan de voorwaarden die worden vastgelegd door de Gemeenschappen om de bacheloropleiding in de vroedkunde of de verpleegkunde te organiseren. De bijkomende opleiding dient minimaal dertig effectieve uren te omvatten over gespecialiseerde toegepaste farmacologie in verband met de specifieke beroepsuitoefening van vroedvrouwen en de lijst van geneesmiddelen die door vroedvrouwen mogen worden voorgeschreven.

Vroedvrouwen die hun diploma na 1 oktober behaald hebben, kunnen op basis van hun basisopleiding de machtiging om geneesmiddelen voor te schrijven, verkrijgen op voorwaarde dat hun basisopleiding aan de nodige vereisten voldoet. Het programma van de opleiding tot vroedvrouw moet namelijk een opleidingsonderdeel algemene farmacologie bevatten en een opleidingsonderdeel van minimaal dertig effectieve uren gespecialiseerde toegepaste farmacologie in verband met de specifieke beroepsuitoefening van de vroedvrouw en de lijst van de geneesmiddelen die vroedvrouwen mogen voorschrijven.

Ook is er een opleidingsonderdeel teratologie en een opleidingsonderdeel toxicologie. Teratologie bestudeert de mogelijkheid van teratogene effecten door het voorschrijven van geneesmiddelen, dus geneesmiddelen die mogelijk inwerken, meteen of later, op de foetus en op de zwangerschap.

De bijlage van het diploma van vroedvrouw dient te getuigen over de gelijkvormigheid van het programma met die verplichtingen en dient aan te geven dat de houder met vrucht is geslaagd voor het examenonderdeel inzake de gespecialiseerde toegepaste farmacologie.

Tot nu toe heeft een vijftigtal vroedvrouwen een aanvraag ingediend bij de FOD Volksgezondheid om de machtiging tot voorschrijven van geneesmiddelen te verkrijgen. Een opdeling per provincie is nog niet mogelijk, aangezien de aanvragen nog behandeld dienen te worden en dat zal vanaf april 2015 gebeuren.

Alvorens een vroedvrouw een specifiek RIZIV-inschrijvingsnummer en een voorschrijfboekje kan aanvragen, dient de vroedvrouw een machtiging te bezitten om geneesmiddelen voor te schrijven, uitgereikt door de FOD Volksgezondheid. Dat is analoog aan de regeling voor de geneesheren, die ook een diploma en een ordenummer moeten hebben vooraleer zij een voorschrijfboekje kunnen bestellen.

Gelet op het feit dat de aanvragen om geneesmiddelen voor te schrijven pas in april 2015 behandeld zullen worden, zijn er momenteel geen vroedvrouwen die een RIZIV-inschrijvingsnummer, laat staan een voorschrijfboekje, hebben aangevraagd bij het RIZIV. De eerste stap is de erkenning via het diploma, dan de inschrijving bij het RIZIV en daarna de boekjes. Voor geneesheren komt daar de Orde van geneesheren nog tussen. Wie zijn diploma als arts had behaald, zocht een Chinese vrijwilliger om in Brussel van de ene naar de andere dienst te gaan, met als laatste halteplaats de drukkerij van het RIZIV. Wie daarmee geluk had, had binnen de twee weken zijn eerste voorschrijfboekje in handen, wat natuurlijk goud waard was.

18.06 Els Van Hoof (CD&V): Ik dacht dat die boekjes per doos werden geleverd.

18.07 Minister Maggie De Block: Men moet die aan het RIZIV betalen. Ik heb de eerste keer tien boekjes besteld. Dat zit in een doos. Daarna moet men per jaar zijn bestelling plaatsen. Men moet er ook voldoende bestellen, want men kan er nadien nog moeilijk bijbestellen.

Wij hebben hier nog vragen gekregen over tekorten aan voorschriftenboekjes.

18.08 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik begrijp dat u nog niet volledig kunt antwoorden, omdat de procedure voor het verkrijgen van een RIZIV-nummer nog loopt.

Wat de bestelling van de voorschriftenboekjes betreft, door sommige artsensyndicaten wordt neergekeken op het feit dat andere zorgverleners mogen voorschrijven. Ik weet niet of u daarover een mening hebt. Moet dat al dan niet worden uitgebreid? Ook in de sector van de thuisverpleging bestaat immers de vraag om bijvoorbeeld zelfjes voor doorligwonden te mogen voorschrijven.

Mijn oordeel is dat de procedure in handen van een arts moet zijn, die ook het patiëntendossier bijhoudt, want anders wordt het op de duur moeilijk om alles op mekaar af te stemmen, tenzij men een goed medisch dossier heeft.

La **présidente**: Nous reviendrons sur de tels dossiers avec l'évolution des professions de la santé.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Les questions jointes n° 3051 de M. Brecht Vermeulen et n° 3192 de Mme Anne Dedry sont reportées.

19 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre le tabac" (n° 3056)**

- **M. Benoît Friart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les taxes sur les produits du tabac" (n° 3122)**

19 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bestrijding van het tabaksgebruik" (nr. 3056)**

- **de heer Benoît Friart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de belasting op tabaksproducten" (nr. 3122)**

19.01 Benoît Friart (MR): Madame la présidente, madame la ministre, la Fondation contre le Cancer ainsi que l'Institut flamand pour la promotion de la santé et la prévention des maladies ont tiré la sonnette d'alarme concernant le manque d'augmentation des accises sur le tabac début 2015.

Début janvier, le paquet de tabac à rouler a augmenté de 10 centimes et le prix du paquet de cigarettes n'a pas changé. Cela a permis notamment au géant du secteur, Philip Morris, d'augmenter son paquet Marlboro de 30 centimes sans subir d'impact négatif sur sa consommation. Luk Joossens, de la Fondation contre le Cancer, parle de "cadeau financier" fait aux cigarettiers. On parle d'un manque à gagner de recettes fiscales d'un montant de 80 millions d'euros.

Les petites augmentations de ces dernières années n'affectent que peu la diminution de consommation de tabac. Il est prouvé que l'augmentation du prix du tabac de manière ponctuelle et surtout forte est, à l'heure actuelle, la mesure la plus efficace pour diminuer le nombre de fumeurs. De plus, selon une étude parue en 2011, 56 % des Belges sont pour l'augmentation d'un demi-euro par paquet de cigarettes. Je présume que c'est ceux qui ne fument pas.

Afin d'y voir plus clair et surtout d'avoir de nouveaux éléments de réponse sur ce sujet très préoccupant, je souhaite vous poser trois questions, madame la ministre.

Confirmez-vous le montant avancé de 80 millions de manque à gagner de recettes fiscales?

En janvier, dans cette même commission, vous avez parlé d'une augmentation des accises de 20 centimes par paquet de cigarettes et de 45 centimes par 50 grammes de tabac à rouler. Ceci est une bonne nouvelle. Ces mesures sont-elles toujours d'actualité? Quand leur exécution est-elle prévue?

Enfin, de nouvelles mesures de prévention pour lutter contre la consommation de tabac sont-elles à l'étude? Si oui, lesquelles?

19.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Friart, la directive européenne 40/2014 a été adoptée en mai 2014 et devra être transposée avant mai 2016. Mes services travaillent activement à cette mise en œuvre.

Les nombreuses mesures prévues vont améliorer la protection de la population contre le fléau du tabac. Sont notamment prévus: un renforcement des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes et de tabac à rouler, un renforcement de la législation sur les ingrédients, l'interdiction des arômes caractérisants, la mise en place d'un système de traçabilité et de sécurité pour lutter contre le commerce illicite, et la réglementation des cigarettes électroniques avec nicotine.

Jusqu'à présent, la problématique du tabagisme n'a pas encore fait l'objet de discussions de coordination au sein du gouvernement. Mon administration ainsi que celle des Finances travaillent cependant ensemble à la mise en œuvre des futures mesures en matière de traçabilité et de sécurité.

Je suis consciente que le prix des produits du tabac joue un rôle dans la lutte contre le tabagisme. La taxation et la fixation des taux d'accises spécifiques et proportionnels pour les produits du tabac est une compétence de mon collègue le ministre des Finances. Depuis hier, on sait que ce gouvernement n'a pas augmenté les taxes sur le tabac, et certainement pas par les mesures que nous avons prises lors du contrôle budgétaire.

19.03 Benoît Friart (MR): Effectivement, madame la ministre, comme vous le dites, le prix joue un rôle très important. J'espère qu'afin d'obtenir un effet dissuasif, le gouvernement pourra prendre certaines mesures au niveau des accises lors d'une prochaine révision budgétaire.

19.04 Maggie De Block, ministre: Celle-ci aura lieu sans doute.

La **présidente**: Monsieur Friart, nous dirons à M. Thiéry que vous êtes en faveur de mesures contre le tabac, vu le débat épique que nous avons eu sur le sujet la semaine passée.

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

20 Samengevoegde vragen van
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het stijgend gebruik van slaapmedicatie en het daaraan gekoppelde verslavingsrisico" (nr. 3058)

- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van slaapmiddelen" (nr. 3071)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "slaapmiddelen" (nr. 3477)

20 Questions jointes de

- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation croissante de somnifères et le risque d'accoutumance qui y est lié" (n° 3058)

- Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de somnifères" (n° 3071)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les somnifères" (n° 3477)

20.01 **Els Van Hoof** (CD&V): Een deel van mijn vraag werd deze week al beantwoord in de media, ook door de minister. Ik stelde deze vraag naar aanleiding van een artikel in *De Standaard* over de studie van het slaapcentrum van het UZ Antwerpen, waaruit duidelijk blijkt dat er een stijgende lijn zit in het slaapmiddelengebruik van de Vlaming.

Dertien procent van de bevolking blijkt namelijk slaapmiddelen te gebruiken, terwijl dat in 1997 nog maar 6 procent was. De studie geeft aan dat er duidelijk een gewenning optreedt. Na vier weken blijkt de slaappil echt geen effect meer te hebben en duurt het inslapen weer even lang als voor de start van de slaapmedicatie. Het is dus een straatje zonder eind, waarbij de medicatie in het slechtste geval stelselmatig wordt opgevoerd en de patiënt eraan verslaafd geraakt.

Daarom had ik u graag de volgende vragen willen stellen. Ik heb een deel van de antwoorden al kunnen lezen in de pers, maar u kunt hier misschien meer verduidelijking geven.

Werd er al ander wetenschappelijk onderzoek verricht naar de gezondheidsrisico's van slaappillen? Zo ja, welk onderzoek en wat zijn daarvan de resultaten?

Zijn er algemene cijfers bekend over het gebruik van slaaptabletten op doktersvoorschrift in ons land?

Via het internet kan slaapmedicatie zonder voorschrift worden gekocht. Wordt dit illegaal circuit gecontroleerd? Bent u bereid om de controle in de toekomst te verstrengen?

Schrijven dokters niet te gemakkelijk slaaptabletten voor om de patiënt ter wille te zijn? Uit een studie van Test-Aankoop blijkt namelijk dat 94 % van de dokters gemakkelijk slaappillen voorschrijft. Test-Aankoop publiceerde ook een lijst van die artsen.

Moeten geneesheren worden aangespoord om niet te snel slaapmedicatie voor te schrijven maar eerst andere behandelingen uit te proberen, zoals gezond bewegen en het letten op de voeding?

Bent u bereid een infocampagne te voeren gericht op de gespecialiseerde sector? Ik heb begrepen dat u dit zult doen, dat u inderdaad een campagne zult opzetten gericht tot de artsen. Toch kreeg ik hierop nog graag uw antwoord.

20.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik zal niet herhalen wat de vorige spreker heeft uiteengezet.

Het is in elk geval heel belangrijk dat de analyse gekend is. Op dat punt deel ik de mening van mijn collega. Het is ook heel belangrijk voor ons om iets aan de overconsumptie van geneesmiddelen te doen. Het voorwerp van mijn vraag past daar ook in.

Test-Aankoop spreekt van kwaliteitsindicatoren, om na te gaan op welke manier artsen hun taak vervullen. Hoe staat u tegenover het idee van Test-Aankoop om ter zake kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen?

Ziet u nog andere maatregelen om de overconsumptie van slaapmiddelen tegen te gaan? Zo ja, welke maatregelen ziet u?

Bent u van plan artsen beter te informeren over het verlenen van slaapadvies, mocht het voorschrijven van slaapmiddelen niet onmiddellijk nodig zijn?

Ook antidepressiva moeten zeker worden beperkt tot het strikt noodzakelijke en mogen niet in de plaats van slaapmiddelen komen.

20.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Detiège zal haar antwoord kunnen lezen. Mevrouw Van Hoof, mevrouw Dedry, ik dank u voor uw vragen.

De cijfers zijn inderdaad ernstig te nemen. Het terugdringen van het gebruik van psychofarmaca is dan ook specifiek in de beleidsnota vermeld.

De ongewenste effecten van benzodiazepines zijn gekend. Het kan gaan om eventuele verwardheid, overdreven sedatie, slaperigheid, meer valpartijen, vooral bij ouderen, geheugenstoornissen, concentratiestoornissen, psychische en fysieke afhankelijkheid, ontwenningssverschijnselen na het stoppen met het gebruik ervan en mogelijke, al dan niet accidentele, acute intoxicaties.

Er zijn inderdaad cijfers bekend over de verkoop van benzodiazepines in ons land. Die cijfers verschillen in de periode 2010-2014 niet veel van jaar tot jaar. Zij zijn niettemin erg verontrustend, met een gemiddelde van – hou u vast – 490 miljoen *defined daily doses*, en dat voor een bevolking van 11 miljoen inwoners, waarvan wij toch mogen aannemen dat zij niet van in de wieg slaapmiddelen en benzo's nemen. Er worden dus per jaar 490 miljoen *defined daily doses* geslikt.

Volgens de gezondheidsenquête uitgevoerd via interviews in 2013 heeft 13 % van de bevolking in België een slaap- of kalmeermiddel gebruikt in de loop van de twee weken voorafgaand aan het interview. Niettemin wordt geconstateerd dat de bevolking niet meer slaap- en kalmeermiddelen lijkt te gebruiken sedert de enquêtes van 2004 en 2013. Bij vrouwen zou het gebruik zelfs eventjes zijn gedaald, van 19 % in 2008 naar 16 % in 2013. Ik vind dat in elk geval nog altijd een hoog cijfer.

De basisregeling in de vigerende nationale wetgeving stelt dat een geneesmiddel persoonlijk door een officiële apotheker in de apotheek aan de patiënt wordt afgeleverd. In België kunnen vergunde geneesmiddelen die vrij van medisch voorschrift zijn, ook via het internet worden aangeboden door een publiek opengestelde apotheek onder strenge voorwaarden.

Wat het illegale circuit betreft, werkt het directoraat-generaal Inspectie van het FAGG samen met de douane. Recent hebben wij daaromtrent initiatieven genomen om de controle op het aanbod via het internet te verhogen. In het verleden heeft het FAGG reeds de meest risicovolle slaappillen van de markt genomen en bepaald dat de meest risicovolle benzodiazepine, namelijk de gekende wonderpil Rohypnol, uitsluitend onder welbepaalde voorwaarden te verkrijgen is, alleen in de laagste dosis en onder speciaal voorschrift.

In ons land werden inderdaad al onderzoeken gedaan naar de ervaringen bij zowel patiënten als huisartsen met het voorschrijven van benzodiazepines. Hieruit blijken vooral de verwachtingen van de patiënten. Het is eigenlijk meer een eis ten aanzien van de artsen. Het gebrek aan communicatie of motivatie om dat over te brengen bij de artsen is een belangrijk aandachtspunt.

De afgelopen jaren heeft de FOD Volksgezondheid in samenwerking met het RIZIV verschillende acties ondernomen om het adequaat gebruik van benzodiazepines en het gebruik van niet-medicamenteuze alternatieven aan te moedigen. Er werden jaarlijks terugkerende bewustmakingscampagnes voor het grote publiek gelanceerd via radio, tv-spots, affiches en folders. Er werden ook opleidingen en hulpmiddelenboeken voor huisartsen en apothekers aangeboden. De vormingen leggen de nadruk op de niet-medicamenteuze alternatieven en herinneren aan de belangrijke regels voor een adequaat gebruik van benzodiazepines, alsook aan de richtlijnen die moeten worden gerespecteerd voor een efficiënte en effectieve ontwenning.

De informatie over de jongste campagne van de FOD is beschikbaar op www.slaapenkalmeringsmiddelen.be. De volledige historiek van de campagnes kunt u vinden op www.health.belgium.be/benzo.

Het multidisciplinair wetenschappelijk orgaan Belgian Psychotropics Expert Platform heeft mij in december een omstandige visienota bezorgd met een analyse van de problematiek en met gerichte aanbevelingen. Deze nota zal binnenkort beschikbaar zijn op de website van de FOD VVVL. Ik baseer mij dan ook op deze visienota om concrete acties te steunen, onder andere een e-learningmodule voor de huisarts over het

adequaats voorschrijven van benzo's.

Het gebruik van deze medicatie bij het omgaan met slaapproblemen is niet alleen de verantwoordelijkheid van de arts en de apotheker, maar ook van de patiënt, die bereid gevonden moet worden om te investeren in niet-medicamenteuze alternatieven.

Ik baseer me niet op het onderzoek van Test-Aankoop omdat de methodiek ervan op zijn minst omstreden is. Ik baseer mij eerder op het aangeleverde studiemateriaal dat wel *evidence-based* is. De problematiek die Test-Aankoop aankaart is wel hetzelfde.

20.04 Els Van Hoof (CD&V): Het is inderdaad belangrijk dat hieraan verhoogde aandacht wordt besteed. Het gaat om psychofarmaca en onze samenleving is er nu eenmaal een met veel stress, en daardoor met veel slaapproblemen. Ik meen niet dat dit vanzelf zal afnemen, maar dat men een proactief beleid moet voeren.

Ik merk dat u met uw e-learningmodule een stap vooruit zet, maar ik hoop dat er nog bijkomende acties zullen komen.

Het zit inderdaad tussen de oren van de patiënt dat de enige manier om goed te kunnen slapen het innemen van slaapmiddelen zou zijn. Er is nog een heel leerproces nodig om te weten hoe iemands slaappatroon aanvangt, en welke dingen er dan wel of niet mogen gebeuren. U hebt dus inderdaad een sensibilisatieopdracht.

Ik heb begrepen dat u wil werken met informatiecampagnes en dergelijke meer. De huidige campagnes zijn duidelijk niet afdoende. Misschien zijn zij niet genoeg gekend. Er mag in elk geval een tandje bijgestoken worden op basis van de aanbevelingen die u gekregen hebt.

20.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik denk dat dit inderdaad aandacht behoeft, want het verleden heeft aangetoond dat de acties en sensibilisatiecampagnes, ook van uw voorgangers, niet veel aarde aan de dijk hebben gebracht. Wij moeten aan dit probleem extra aandacht blijven besteden.

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

21 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte studenten geneeskunde in 2018" (nr. 3060)

21 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte d'étudiants en médecine en 2018" (n° 3060)

21.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw voorzitter, mevrouw de minister, in dit dossier hebben wij elkaar al vaker gehoord, maar nu met een iets andere insteek.

U hebt zelf al enkele keren aangehaald dat in 2018 een dubbele cohorte studenten geneeskunde afstudeert. De aanleiding voor mijn vraag is een tekst die het VGSO op 13 maart naar u stuurde, waarin zij hun bezorgdheid daarover uitdrukten. De dubbele cohorte veroorzaakt immers een aantal problemen en roept bij de studenten een aantal zeer terechte vragen op. Bovendien, en dat is de belangrijkste reden waarom ik u deze vraag stel, dringt de tijd voor de studenten, want binnenkort moeten zij een keuze maken die hun verdere toekomst en carrière bepaalt.

Zij nemen een redelijk constructieve houding aan, want zij komen met enkele voorstellen. Ik haal er kort vijf punten uit. Ten eerste, een adequate financiering die de eenmalige kosten verbonden aan de dubbele cohorte kan opvangen. Ten tweede, het creëren van meer stageplaatsen met daaraan gekoppeld het informeren en actief aansporen van stagemeesters inzake het aannemen van assistenten. Ten derde, de evaluatie van de criteria om stagemeester te worden en het aanpassen van deze criteria aan de huidige context. Ten vierde, het stagemeesterschap op een correcte wijze waarderen door middel van een verloning of begeleidende maatregelen. Ten vijfde, een open debat over het invullen van de knelpuntspecialismen.

Mevrouw de minister, hoe zult u ervoor zorgen dat er een afdoend antwoord komt op de problemen

verbonden aan de dubbele cohorte? In welke oplossingen zult u voorzien?

Wat denkt u meer bepaald van de voorstellen die nu worden geformuleerd door het VGSO?

Hoe zult u de studenten en andere actoren bij deze kwestie betrekken?

Wat is uw timing? Tegen wanneer denkt u aan de studenten een antwoord te kunnen bieden?

21.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Peel, 2018 is een bijzonder jaar omdat de opleiding dan van zeven naar zes jaar gaat. Dat jaar zullen geneesheren afstuderen die zes jaar en zeven jaar hebben gestudeerd.

Het vinden van voldoende stageplaatsen is inderdaad een hele uitdaging. De dubbele cohorte is een eenmalig fenomeen, maar dit zal toch enig effect hebben, gelet op de opleidingsduur tot erkenning als specialist of huisarts, met name de duur van de aanvullende opleiding.

Uit het standpunt van het VGSO blijkt dat wij inderdaad aandacht moeten hebben voor het volume van de stageplaatsen en het waarborgen van de kwaliteit van de theoretische en professionele vorming.

Voor de stageplaatsen gaat het niet alleen om voldoende plaats maar ook om het beoefenen van voldoende vaardigheden. Men zou het aantal stageplaatsen voor chirurgen in opleiding kunnen verdubbelen, maar als zij allemaal slechts de helft van de ingrepen kunnen doen, is er een probleem met de kwaliteit van de vorming.

Men moet uiteraard ook voorzien in een tijdelijke bijkomende financiering.

Alles wijst erop dat een mix van maatregelen aangewezen zal zijn, zoals het motiveren van nieuwe stagemeesters en diensten die aan de kwaliteitsvoorwaarden voor opleiding voldoen, het faciliteren van buitenlandse stages en het creëren van een kader voor klinisch wetenschappelijk onderzoek als onderdeel van de opleiding.

De komende week vindt overleg plaats met de betrokken diensten van de FOD Volksgezondheid. Er is daarvoor een aparte commissie opgericht die zich alleen zal bezig houden met de problematiek van de dubbele cohorte. Na overleg met de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen zal men een aanpak voorstellen. Het is de bedoeling dat die met alle betrokkenen, de kandidaat-specialisten inbegrepen, wordt afgetoetst.

Ik begrijp het ongeduld. Het zijn studenten, jonge mensen die ongeduldig zijn. Zij willen zicht krijgen op hun toekomst. Zij weten echter pas op het einde van hun studies of zij al dan niet kunnen specialiseren. Zij zijn net zo ongeduldig als in mijn tijd.

Dit alles neemt echter niet weg dat wij voort werken aan een oplossing. Het is in elk geval de bedoeling een voorstel te doen en dit met de betrokkenen te overleggen. Het blijft echter een grote uitdaging.

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

Ik meen daaruit te hebben begrepen dat u dit ernstig neemt en dat u hun voorstellen meeneemt. Wij mogen dit inderdaad niet onderschatten, niet de uitdaging, maar ook niet het belang ervan. Zoals u terecht zegt, gaat het niet enkel over het aantal plaatsen waarin we zullen kunnen voorzien, maar ook over de kwaliteit. Het gaat over de artsen van morgen, dus wij moeten daaraan de nodige aandacht besteden.

Het lijkt mij een goede zaak dat er overleg zal zijn door de daarvoor opgerichte commissie.

Als ik u goed heb begrepen, is het op dit moment nog moeilijk om een timing te geven.

21.04 Minister **Maggie De Block**: Misschien zal ik al wat meer weten na de volgende vergadering. Ik word maar ingelicht na de vergaderingen. Ik heb wel begrepen dat het de bedoeling is dat ze daaraan voort werken.

21.05 **Valerie Van Peel** (N-VA): Geen probleem. Zoals u weet, kom ik sowieso nog een paar keer terug op

dit dossier. We horen mekaar binnenkort.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

22 Vraag van mevrouw Nahima Lanjri aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de WIV-enquête" (nr. 3076)

22 Question de Mme Nahima Lanjri à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'enquête de l'ISP" (n° 3076)

22.01 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik zal mijn vragen snel stellen, zodat ook mijn andere geagendeerde vraag nog snel aan bod kan komen. Of zal dat niet lukken?

22.02 Minister Maggie De Block: Nee.

22.03 Nahima Lanjri (CD&V): Ik zal mijn vraag in ieder geval snel overlopen.

Uit de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid blijkt dat de sociaal-economische situatie van mensen enorm bepalend is voor de manier waarop zij gebruikmaken van de gezondheidszorg. Zo vinden laagopgeleide personen moeilijker hun weg naar de gezondheidszorg, zeker naar specialisten. De weg naar de tandarts blijkt zelfs heel moeilijk te zijn voor hen, want slechts 36 % gaat er naartoe, terwijl 72 % van de hoger opgeleiden regelmatig een afspraak maakt met een tandarts.

Naast financiële drempels spelen blijkbaar ook andere factoren een rol, zoals de communicatie tussen de arts en de patiënt. Laagopgeleide personen zeggen dat dit te maken heeft met het feit dat zij niet verstaanbaar kunnen communiceren, omdat de specialisten de zaken niet op een verstaanbare manier kunnen overbrengen. Wie geen diploma heeft, vindt dan ook dat hij bij de specialist onvoldoende de kans krijgt om vragen te stellen over de behandeling of om zijn zorgen te uiten over de behandeling. Bij de huisarts is het beeld gelukkig positief, want bijna niemand zegt dat er zich daar problemen voordoen met de uitleg tijdens de raadpleging. Iedereen zou dus een voorbeeld moeten nemen aan de huisartsen, zo zou ik zeggen.

Uit de studie blijkt ook dat personen met psychische problemen nog altijd veeleer kiezen voor pillen dan voor de weg naar een psycholoog. Amper de helft van de personen met psychische aandoeningen zoekt ooit, op welke manier dan ook, hulp. Slechts 5 % van de bevolking heeft het jaar voordien op dergelijke hulp een beroep gedaan. Opvallend is ook dat bij de ouderen of 75-plussers, 40 % van de vrouwen en 26 % van de mannen psychofarmaca slikken. Die groep zet ook veel moeilijker de stap naar het volgen van een therapie. Dat is een fenomeen dat wij ook bij laaggeschoolden zien. Ouderen en laaggeschoolden zijn dus kwetsbare groepen. Zij zetten veel moeilijker de stap naar psychiaters of psychologen, wanneer zij emotionele problemen hebben.

Mevrouw de minister, welke maatregelen overweegt u, behalve uiteraard de maatregelen die al zijn uitgebouwd, om de toegang tot de gezondheidszorg voor kwetsbare personen, zoals laaggeschoolden, mensen met een beperking maar ook ouderen, te vergemakkelijken?

Welke communicatiekanalen worden gebruikt om laagopgeleide mensen en ouderen te informeren over het aanbod en het belang van een aangepaste gezondheidszorg, en om hen erop te wijzen dat pillen niet altijd het beste antwoord zijn?

Op welke wijze zult u samenwerken met uw collega's van de Gemeenschappen? Wanneer het over preventie gaat, is immers ook een rol voor de Gemeenschappen weggelegd.

22.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw Lanjri, in antwoord op uw eerste vraag kan ik u meedelen dat het terugdringen van de verschillen in verwachte levensjaren opgenomen is als prioritaire gezondheidsdoelstelling in het regeerakkoord. Wat dat betreft, heb ik reeds een aantal aanbevelingen van het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg geïmplementeerd. Een essentiële maatregel is de toepassing van de verplichte derdebetalersregeling voor de huisartsen en voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen die worden verleend aan de rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming. Het gaat hierbij om 1,8 miljoen mensen. Hiervoor verwijs ik naar de goedkeuring van de

gezondheidswet door de Ministerraad op 27 maart.

Inzake uw vraag over de communicatiekanalen om kwetsbare personen te informeren, meen ik dat de verzekeringsinstellingen een belangrijke bron van informatie voor de patiënt vormen. In het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg worden ook aanbevelingen geformuleerd op het vlak van informatie in het licht van de *health literacy*, in het bijzonder gericht op de kwetsbare personen. We hebben onder andere de interculturele bemiddeling versterkt door een verhoging van het aantal medewerkers en door het toegankelijker maken van de diensten voor de ambulante sector.

Ik ben het met u eens dat er ook voor de Gemeenschappen een taak is weggelegd, niet alleen inzake preventiewerk. Zo blijkt men al goede resultaten te boeken in scholen en bij de vakantieopvang, doordat men er bijvoorbeeld het belang van het tandenpoetsen aanleert.

Men doet dat jaarlijks. Ze moeten wel ook het gerief daarvoor hebben.

Ieder moet op zijn terrein het nodige werk verrichten en daarbij is er een grote rol weggelegd voor preventie. We gaan daarin verder: het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt nauwkeurig gevlooid op mogelijke maatregelen. Op die manier willen we ook de zogenaamd moeilijker bereikbare groepen bereiken, groepen waarbij het gedrag moeilijker te veranderen is en groepen waarin er een taboe heerst of schrik is voor het tandartsbezoek. Sommige patiënten hebben het zover laten komen dat ze schrik krijgen om naar de tandarts te gaan, omdat de ravage al te groot is en ze dus bang zijn voor de pijn die gepaard gaat met een herstelling.

Er zijn dus tal van factoren – u hebt ze opgenoemd – waarmee we rekening moeten houden. Er is nu eenmaal niets zo moeilijk als gedragsverandering. We blijven ons toch richten op moeilijker te bereiken groepen.

22.05 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de minister, u hebt de bevoegdheid gekregen die u heel graag wilde.

De gezondheidskloof is niet vandaag ontstaan, maar bestaat al lang. Het blijkt nogmaals uit de enquête dat we sommige groepen, waarvoor wij de toegang tot de gezondheidszorg willen vergemakkelijken, nog steeds niet bereiken ondanks heel wat maatregelen.

Wij hebben in het regeerakkoord opgenomen dat we daarop verder willen inzetten. We moeten stap voor stap verder gaan om de kloof op verschillende domeinen, of het nu gaat om tandartsbezoek of om het slikken van medicijnen, te overbruggen.

U zegt terecht dat verschillende organisaties en instellingen daarvoor bevoegd zijn, zoals de Gemeenschappen, bevoegd voor Onderwijs, en dat ook de ziekenfondsen een belangrijke rol spelen. Ik ben het daarmee eens. Ik wil daarom vragen dat er goed wordt nagedacht over de noodzakelijke besparingen, onder andere bij de verzekeringsinstellingen ten belope van 20 miljoen. Wij mogen de verzekeringsinstellingen en de ziekenfondsen niet teleurstellen, want zij leveren ontzettend belangrijk werk.

Ik hoop dat zij hun werk voortzetten, ondanks de besparingen. Als zij hun werk op het vlak van preventie en sensibilisering niet voortzetten, meen ik dat de kosten voor de overheid wel eens groter kunnen zijn. Men moet erkennen dat zij een belangrijke rol spelen.

U zult nog de besparingsmaatregelen ten belope van 20 miljoen in de werkingsmiddelen uitwerken. Ik hoop dat u ter zake zult overleggen en dat de taak van de ziekenfondsen inzake de sensibilisering van patiënten die het nodig hebben, voldoende zal worden ondersteund.

22.06 Minister Maggie De Block: Ik wil nog even iets zeggen over de recente begrotingsmaatregelen.

Wij verlagen de federale ondersteuning aan de ziekenfondsen met 20 miljoen euro. Wij geven nog altijd 1,1 miljard euro per jaar aan de ziekenfondsen voor de administratieve diensten die zij verlenen. Er is dus sprake van een verlaging met 1,8 %. Onze eigen federale diensten hebben de verplichting om jaarlijks 4 % te besparen op de personeelskosten en 20 % op de werkingskosten. Op de investeringskosten moet zelfs meer dan 20 % worden bespaard.

De bijdrage die wij in deze moeilijke tijden aan de ziekenfondsen vragen, lijkt mij dan ook terecht.

Dat zal worden uitgewerkt, zoals dat in het verleden altijd al werd uitgewerkt.

Ik heb er niet voor gekozen om nog meer te besparen in de gezondheidszorg. Als ik zei dat mijn zakken zijn dichtgenaaid, dan wist ik waarom ik dat heb gezegd. Ik ben mij nog gaan herkleeden, mevrouw Lanjri. Ik ben met iets zonder zakken naar de begrotingsbespreking gegaan en ik wist waarom.

Wat er is uitgekomen, is 20 miljoen euro of 1,8 % minder dotatie aan de mutualiteiten. Dat is nog altijd meer dan 1 miljard. Dan was er nog 5 miljoen euro bij de dienst internationale verdragen, waar een lichte overbudgettering was gebeurd. Een budgetcontrole was dus belangrijk.

Ik denk dat de patiënt enorm werd gevrijwaard.

U vraagt of de mutualiteiten hun werk nog zullen blijven doen. Ik mag het hopen, want mijn ambtenaren moeten ook allemaal harder werken dan vroeger en voor veel minder. Ik mag het dus hopen. Ik heb dat ook niet op tafel gelegd. De eerlijkheid gebiedt mij te zeggen hoe het is.

22.07 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de minister, wij hebben er zelf ook voor gepleit om niet verder te besparen op de sociale zekerheid. Als u uw zakken niet had dichtgenaaid, had ik het voor u gedaan. U mag erop rekenen dat ik dat zeker gedaan zou hebben.

Ik wil er echter nog aan toevoegen dat het bij de besprekingen met de mutualiteiten belangrijk is hun preventieve rol te onderstrepen. Bij het hertekenen van de terugbetaling aan de mutualiteiten, inclusief de werkingskosten, moet u misschien ook eens kijken naar de inspanningen die zij doen om ervoor te zorgen dat de overheid op bepaalde kosten kan besparen door preventief te werken. Dat doen sommige mutualiteiten immers heel goed. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de vele acties van de CM. Dat zou ook moeten worden gehonoreerd.

22.08 Minister Maggie De Block: U bent geïnspireerd.

22.09 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de minister, het is maar een voorbeeld. Het mogen ook andere mutualiteiten zijn. Net zoals in Zweden wordt gedaan, vind ik dat de responsabilisering ook mag worden gehonoreerd.

22.10 Minister Maggie De Block: Dat staat in het regeerakkoord.

22.11 Nahima Lanjri (CD&V): Mutualiteiten – ik spreek in het meervoud – die ervoor zorgen dat er preventief kan worden gewerkt, moeten daarvoor ook worden gehonoreerd. Dat moet mee worden bekeken in de parameters die zullen worden uitgewerkt in de zoektocht naar die 20 miljoen.

22.12 Minister Maggie De Block: In het regeerakkoord staat dat die parameters zullen worden uitgewerkt en wij zullen dat in zijn geheel doen voor de financiering van de administratieve kosten van de mutualiteiten. Alleen zal er dat niet snel genoeg zijn voor deze besparing van 20 miljoen; die zullen we dus op de oude manier zoeken.

Ondertussen gaat het werk rond het ontwikkelen van die parameters natuurlijk door, maar dat is een veel groter werk. Dat staat trouwens in het regeerakkoord, we zijn ermee bezig. Wij hebben een akkoord om dat mee op te nemen, net zoals wij de kwaliteit in de financiering van de ziekenhuizen zullen opnemen.

22.13 Nahima Lanjri (CD&V): Het was gewoon opdat u mij niet verkeerd zou verstaan.

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

22.14 Maggie De Block, ministre: Madame le présidente, douze questions ont à nouveau été reportées!

La **présidente:** Nous devons regarder si certaines d'entre elles l'ont été pour la seconde fois mais je ne crois pas.

22.15 **Maggie De Block**, ministre: On suit cela de près.

La **présidente**: La question n° 3207 de M. Wathelet est transformée en question écrite.

La réunion publique de commission est levée à 17.44 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.44 uur.