



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

Dinsdag
12-05-2015
Namiddag

Mardi
12-05-2015
Après-midi

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

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

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

INHOUD

Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tariefzekerheid bij artsen" (nr. 3072)

Sprekers: **Maya Detiège, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de implementatie van het Kankerplan" (nr. 3497)

Sprekers: **André Frédéric, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van domperidon" (nr. 3695)

Sprekers: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaccins tegen gastro-enteritis Rotarix en RotaTeq" (nr. 3624)

Sprekers: **Jean-Jacques Flahaux, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Fabienne Winckel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van de gevallen van seksueel geweld in de ziekenhuizen" (nr. 3703)

Sprekers: **Fabienne Winckel, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid in België van een poeder dat ocfentanyl bevat" (nr. 3704)

Sprekers: **André Frédéric, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "huidkanker" (nr. 3723)

Sprekers: **André Frédéric, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, **Daniel Senesael**

Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van automatische defibrillatoren" (nr. 3724)

Sprekers: **André Frédéric, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

SOMMAIRE

Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité tarifaire chez les médecins" (n° 3072)

Orateurs: **Maya Detiège, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre du Plan Cancer" (n° 3497)

Orateurs: **André Frédéric, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage de la dompéridone" (n° 3695)

Orateurs: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les vaccins contre la gastro Rotarix et RotaTeq" (n° 3624)

Orateurs: **Jean-Jacques Flahaux, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Fabienne Winckel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des cas de violences sexuelles dans les hôpitaux" (n° 3703)

Orateurs: **Fabienne Winckel, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de poudre contenant de l'ocfentanyl en Belgique" (n° 3704)

Orateurs: **André Frédéric, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cancers de la peau" (n° 3723)

Orateurs: **André Frédéric, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Daniel Senesael**

Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation des défibrillateurs automatiques" (n° 3724)

Orateurs: **André Frédéric, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Samengevoegde vragen van	20	Questions jointes de	19
- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de dioxinecrisis voor de gezondheid" (nr. 3747)	20	- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences de la crise de la dioxine pour la santé" (n° 3747)	19
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de giftige stoffen in de voedselketen" (nr. 4081)	20	- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les substances toxiques dans la chaîne alimentaire" (n° 4081)	20
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolgstudie over de gevolgen van de dioxinecrisis" (nr. 4098)	20	- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude de suivi relative aux conséquences de la crise de la dioxine" (n° 4098)	20
<i>Sprekers: Anne Dedry, Muriel Gerken, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Anne Dedry, Muriel Gerken, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de door geconventioneerde artsen aangerekende ereloonsupplementen" (nr. 3775)	23	Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments facturés par des médecins conventionnés" (n° 3775)	22
<i>Sprekers: Daniel Senesael, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Daniel Senesael, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek naar de praktijken van de 'ONE'" (nr. 3833)	25	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête sur les pratiques de l'ONE" (n° 3833)	25
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zomertijd en de wintertijd" (nr. 3866)	27	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'heure d'été et l'heure d'hiver" (n° 3866)	27
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van de heer Paul-Olivier Delannois aan de vice-eersteminister en minister van Werk, Economie en Consumenten, belast met Buitenlandse Handel, over "de tabaksreclame in voedingswinkels, zowel dag- als nachtwinkels" (nr. 3872)	30	Question de M. Paul-Olivier Delannois au vice-premier ministre et ministre de l'Emploi, de l'Économie et des Consommateurs, chargé du Commerce extérieur, sur "la publicité faite pour le tabac dans les magasins de nuit et de jour d'alimentation générale" (n° 3872)	30
<i>Sprekers: Paul-Olivier Delannois, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Paul-Olivier Delannois, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "HPV-vaccinatie" (nr. 3877)	32	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le VPH" (n° 3877)	32
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erfelijkheidsadviseur" (nr. 3959)	34	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le conseiller en hérédité" (n° 3959)	34
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	

Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het samenwerken met Nederland voor goedkopere weesgeneesmiddelen" (nr. 4048)	36	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la collaboration avec les Pays-Bas dans le cadre d'une diminution du prix des médicaments orphelins" (n° 4048)	36
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, <i>Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, <i>Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH	
Samengevoegde vragen van	39	Questions jointes de	39
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling voor de screening van borelingen" (nr. 3362)	39	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'impact du raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement sur le dépistage des nouveau-nés" (n° 3362)	39
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen door de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling" (nr. 3363)	39	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies liées au raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement" (n° 3363)	39
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de cardiorespiratoire monitoring van zuigelingen" (nr. 3444)	43	Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le monitoring cardio-respiratoire du nourrisson" (n° 3444)	43
<i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "palliatieve sedatie" (nr. 4066)	46	Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sédation palliative" (n° 4066)	46
<i>Sprekers: Jan Vercammen, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Jan Vercammen, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	48	Questions jointes de	48
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod voor homo- en biseksuele mannen om bloed te geven" (nr. 4078)	48	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction du don de sang par les hommes homo- et bisexuels" (n° 4078)	48
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod voor homo- en biseksuele mannen om bloed te geven" (nr. 4109)	48	- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction du don de sang par les hommes homo- et bisexuels" (n° 4109)	48
<i>Sprekers: Valerie Van Peel, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Valerie Van Peel, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zoutreductie" (nr. 4049)	50	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction de la consommation de sel" (n° 4049)	50
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	

Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werkgroep over suiker" (nr. 4050)	52	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le groupe de travail sur le sucre" (n° 4050)	52
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-invasieve prenatale test (NIPT)" (nr. 4096)	54	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test prénatal non invasif (DPNI)" (n° 4096)	54
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wachtdienstorganisatie voor de artsen in Brussel" (nr. 4178)	55	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation du service de garde des médecins de Bruxelles" (n° 4178)	55
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	60	Questions jointes de	60
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vroeg en eerstelijnsaanpak van obesitas" (nr. 4237)	60	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge précoce de première ligne de l'obésité" (n° 4237)	60
- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "obesitas in België" (nr. 4277)	60	- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obésité en Belgique" (n° 4277)	60
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "obesitas en het voeren van een overlegd voedingsbeleid" (nr. 4303)	60	- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obésité et la mise en place d'une politique concertée de l'alimentation" (n° 4303)	60
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	64	Questions jointes de	64
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vroedkundige thuisbegeleiding" (nr. 4282)	64	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accompagnement en post-partum à domicile" (n° 4282)	64
- mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afbouw van de kraamzorg in de ziekenhuizen" (nr. 4295)	64	- Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction des soins postnatals dans les hôpitaux" (n° 4295)	64
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van de vroedkundige zorg thuis" (nr. 4308)	64	- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation des soins post-partum à domicile" (n° 4308)	65
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Sonja Becq, Anne Dedry, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Sonja Becq, Anne Dedry, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	70	Questions jointes de	70
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de plannen van de Franse Gemeenschap inzake de filter voor de studies geneeskunde en tandheelkunde" (nr. 4283)	70	- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet de la Communauté française en matière de filtre pour les études de médecine et de dentisterie" (n° 4283)	70
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van	70	- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires	70

Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het artsenkadaster" (nr. 4286)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitreiking van RIZIV-attesten" (nr. 4302) 70

- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beslissing van minister Marcourt om de studenten geneeskunde te 'schiften' aan het einde van het eerste bachelorjaar" (nr. 4315) 70

Sprekers: **André Frédéric, Maggie De Block,**
minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

sociales et de la Santé publique sur "le cadastre des médecins" (n° 4286)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délivrance des attestations INAMI" (n° 4302) 70

- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la décision du ministre Marcourt de 'filtrer' les étudiants en médecine en fin de première année de baccalauréat" (n° 4315) 70

Orateurs: **André Frédéric, Maggie De Block,**
ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 12 MEI 2015

MARDI 12 MAI 2015

Namiddag

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.14 uur en voorgezeten door mevrouw Maya Detiège.
La séance est ouverte à 14.14 heures et présidée par Mme Maya Detiège.

01 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tariefzekerheid bij artsen" (nr. 3072)

01 Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité tarifaire chez les médecins" (n° 3072)

01.01 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, uit de cijfers van het RIZIV van dit jaar blijkt dat een op vijf artsen de tariefafspraken niet zou volgen. Het aantal ligt wel iets lager dan de vorige jaren, maar het blijft een hoog cijfer. Het zegt ook niets over het aantal specialisten dat de tarieven volgt; die zijn soms met een vergrootglas te zoeken. Daarenboven hebben sommige specialisten, zoals gynaecologen en kinderpsychologen zich jammer genoeg "gedeconventioneerde", waardoor zij zich de facto onttrekken aan onderhandelde tarieven.

U liet in een eerder antwoord in de commissie weten dat artsen niet kunnen worden verplicht om de richttarieven te volgen en dat de patiënten zelf moeten weten of hun zorgverstrekker geconventioneerde is of niet. Als geconventioneerde artsen zich evenmin houden aan de tariefafspraken, wordt het voor een patiënt moeilijk om te weten wat hij moet doen en is hij de dupe van de situatie.

De ziekteverzekering liet weten dat 50 % van de gynaecologen, 67 % van de dermatologen, 58 % van de oogartsen en 60 % van de plastisch chirurgen minstens de helft meer aanrekenen dan de tarieven die met de ziekenfondsen werden afgesproken.

Het akkoord inzake tariefafspraken geldt maar tot eind 2015 en er zal dus binnenkort opnieuw moeten worden onderhandeld voor de komende jaren.

Mevrouw de minister, hoe wilt u, ten eerste, zorgen voor meer tariefzekerheid bij geconventioneerde huisartsen en specialisten, en dat voor een langere termijn dan vandaag het geval is?

Ten tweede, geconventioneerde artsen worden geacht de tariefafspraken maximaal te volgen. Hoe wordt gecontroleerd of zij dat ook effectief doen? Wat zijn de sancties bij niet-naleving?

01.01 Maya Detiège (sp.a): Selon des chiffres de l'INAMI, un médecin sur cinq ne respecterait pas les accords tarifaires et, par ailleurs, certains spécialistes se "déconventionneraient". Selon l'assurance-maladie, 50 % des gynécologues, 67 % des dermatologues, 58 % des ophtalmologues et 60 % des chirurgiens esthétiques factureraient au moins 50 % plus cher que ce qui a été convenu avec les organismes assureurs. L'accord tarifaire est d'application jusqu'à fin 2015.

Comment la ministre entend-elle renforcer la sécurité tarifaire à long terme auprès des généralistes conventionnés et des spécialistes. Comment le respect maximal des accords tarifaires par les médecins conventionnés est-il contrôlé? Quelles sont les sanctions en cas de non-respect des accords? Quelles sont les spécialisations de la plupart des médecins qui se "déconventionnent"? Comment la ministre entend-elle inverser la tendance?

Ten derde, in welke specialisaties telt u de meeste gedeconventioneerde artsen? Hoe wilt u die trend ombuigen?

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Detiège, de partners van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden al geruime tijd bewustgemaakt van het probleem van de lage conventioneringsgraad voor bepaalde categorieën van geneesheren-specialisten.

De aangehaalde redenen zijn vaak de onderwaardering door het officiële tarief en de nood om de snelverouderende technologische medische uitrusting te vernieuwen.

Nota genomen van die stand van zaken hadden de partners van de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen reeds in het nationaal akkoord 2011 de wens uitgedrukt om daarover te overleggen.

Sindsdien heeft zich bij het RIZIV dan ook een specifieke werkgroep gebogen over de algemene problematiek inzake transparantie en informatieplicht ten opzichte van de patiënt.

De nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen wenste conform punt 5.2 van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen betrokken te worden bij de concrete aanpassing van de zogenaamde transparantiewet, waarvan de inwerkingtreding tot 1 juli werd uitgesteld. Inmiddels is dat gebeurd.

Punt 6 van het nationaal akkoord is gewijd aan de bevordering van de conventionering en het sociaal statuut. Zo wordt er voor de huisartsen die volledig tot het akkoord toetreden, in een verhoging van de praktijktoelage voorzien van 500 euro per jaar.

Er wordt dan ook voorgesteld om de volgende initiatieven te lanceren. Gelet op de lage conventioneringsgraad van specialisten in dermatologie, oftalmologie en gynaecologie zal een overleg worden opgestart tussen de vertegenwoordigers van de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen teneinde mogelijke initiatieven voor de toekomst voor te bereiden.

Er is daarnaast een jaarlijkse telematicapremie ten belope van 500 euro. Die premie wordt toegekend aan geneesheren-specialisten die volledig geconventioneerd zijn en actief deelnemen aan de registratie van medische gegevens inzake projecten vastgesteld door de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen. De commissie zal de concrete toekenningsvoorwaarden vóór juni 2015 voorstellen.

Het tot stand brengen van een regeling inzake al dan niet geplafonneerde honorariumsupplementen bij bepaalde verstrekkingen zoals de warme borstreconstructie na kanker, bijvoorbeeld via het vaststellen van tarieven met akkoordverklaring.

Met betrekking tot het conventioneringsstatuut bepaalt artikel 73 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dat de artsen de informatie op een duidelijke en leesbare manier in de wachtkamer van de medische

01.02 **Maggie De Block**, ministre: Les partenaires de l'assurance obligatoire pour les soins médicaux sont sensibilisés, depuis un certain temps déjà, au faible degré de conventionnement de certaines catégories de médecins spécialistes. Les raisons invoquées concernent souvent la sous-évaluation du tarif officiel et les besoins en matière de renouvellement des équipements médicaux qui sont rapidement obsolètes.

L'Accord national de 2011 appelle de ses vœux une concertation à ce sujet.

Dans l'intervalle, un groupe de travail de l'INAMI s'est penché sur la question de ma transparence et de l'obligation d'information à l'égard du patient. La Commission nationale médico-mutualiste a été associée à sa demande à l'adaptation concrète de la loi sur la transparence.

Le point 6 de l'accord national est consacré à la promotion du conventionnement et du statut social. Les médecins généralistes qui adhèrent totalement à l'accord verront leur allocation de pratique augmenter de 500 euros par an.

Vu le faible taux de conventionnement des spécialistes en dermatologie, en ophtalmologie et en gynécologie, une concertation sera organisée entre la Commission nationale et les associations professionnelles concernées.

Une prime de télémédecine annuelle de 500 euros est octroyée aux médecins spécialistes entièrement conventionnés et qui participent à l'enregistrement de données médicales dans le cadre de projets fixés par la Commission nationale. La

praktijk moeten uithangen. Ze moeten ook preciseren of zij al dan niet gedeeltelijk tot de overeenkomst zijn toegetreden.

De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle ontvangt slechts zeer uitzonderlijk een klacht in dat verband.

Wanneer de geneesheren-inspecteurs van die dienst zich naar het kabinet van een zorgverlener begeven in het kader van eender welk onderzoek, gaan zij automatisch na of ook aan die verplichting wordt voldaan.

Het spreekt voor zich dat de artsen de informatie over hun conventioneringsgraad moeten meedelen. De rechthebbenden kunnen echter ook voorafgaand die informatie over de arts bij hun ziekenfonds opvragen. Het RIZIV stelt die informatie ook ter beschikking op zijn website.

Het is dus een tweesporenbeleid. Enerzijds zijn de artsen verplicht om het mee te delen en anderzijds kan de patiënt, als hij dat wil, die informatie voorafgaand krijgen om zo te beslissen naar welke arts men zal gaan.

Commission formulera une proposition concrète de conditions d'octroi d'ici le mois de juin 2015.

Un autre point est l'élaboration d'un règlement concernant les suppléments d'honoraires, plafonnés ou non, réclamés pour certaines prestations, par exemple par la fixation de tarifs avec déclaration d'accord. En ce qui concerne le statut de conventionnement, la loi prévoit que les médecins doivent afficher cette information de façon clairement lisible dans leur salle d'attente. Ils doivent également préciser s'ils ont souscrit en partie ou non à la convention.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ne reçoit que très rarement une plainte à ce sujet.

Les médecins inspecteurs de ce service qui se rendent dans un cabinet d'un prestataire de soins dans le cadre d'une enquête vérifient automatiquement s'il est également satisfait à cette obligation.

Les médecins doivent évidemment communiquer le degré de conventionnement. Les ayants droit peuvent demander préalablement cette information concernant leur médecin auprès de leur organisme assureur. L'INAMI publie également cette information sur son site internet.

01.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, dank u voor uw antwoord. Even terzijde heet ik alle jongeren hier welkom in onze commissie.

01.04 Minister Maggie De Block: Het is een schooltje uit Zemst.

01.05 Maya Detiège (sp.a): Zo zien ze dat parlementsleden en ministers effectief hard werken. Op televisie vallen vooral de lege plekken op in het halfrond. Parlementsleden zijn echter ook "achter de schermen" in andere zalen actief.

Mevrouw de minister, u hebt een aantal positieve dingen gemeld, in die zin dat u het probleem duidelijk erkent. U hebt een werkgroep opgestart om nieuwe initiatieven te nemen om het probleem van het deconventioneren aan te pakken.

01.05 Maya Detiège (sp.a): En vertu de mon expérience de la pratique, je doute qu'une majoration de 500 euros de l'allocation d'adhésion à l'accord médico-mutualiste sera suffisante pour encourager les généralistes. Les raisons du déconventionnement de médecins sont

Vanuit mijn praktijkervaring betwijfel ik of de verhoging van de praktijktoelage van 500 euro voldoende zal zijn om huisartsen te stimuleren. Het is wel een eerste aanzet. Het fundament, de reden waarom artsen zich deconventioneren, gaat veel dieper. Hetzelfde geldt voor de specialisten. Daar moet er heel goed overleg komen, want er is al jaren een vorm van ontsporing. Zowel bij de patiënten als bij de specialisten zelf bestaat er misnoegen. Ik meen dat daar een goed evenwicht zal moeten worden gevonden en ik hoop dat u daar werk van zult maken.

Ik dank u voor uw antwoord.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nr. 3640 van de heer Van der Maelen, nr. 3654 van mezelf, nr. 3691 van mevrouw Pehlivan en nr. 3954 van de heer Blanchart worden uitgesteld tot volgende vergadering. Vraag nr. 4135 van de heer Blanchart wordt eveneens uitgesteld.

beaucoup plus profondes. S'agissant des spécialistes, une concertation efficace doit être mise en place, car on assiste depuis des années à une forme de dérapage. Tant les patients que les spécialistes sont mécontents.

La **présidente**: Les questions jointes n^{os} 3640 de M. Van der Maelen, 3654 de Mme Detiège, 3691 de Mme Pehlivan et 3954 de M. Blanchart sont reportées. La question n° 4135 de M. Blanchart est également reportée.

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

02 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre du Plan Cancer" (n° 3497)

02 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de implementatie van het Kankerplan" (nr. 3497)

02.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon les chiffres de la Fondation Registre du Cancer, 65 269 nouveaux diagnostics de cancer ont été enregistrés en Belgique en 2012. S'il était encore nécessaire de le démontrer, ces chiffres prouvent que la lutte contre le cancer doit rester une priorité de santé publique. En 2008, un vaste Plan national de lutte contre le cancer a été lancé.

Ce Plan contenant trente-deux mesures concrètes concerne d'abord la prévention et le dépistage, ensuite les soins, le traitement et le soutien pour les patients et, enfin, la recherche. Ce sont des axes essentiels pour faire reculer la maladie, pour continuer à améliorer la vie des personnes touchées et pour permettre une médecine toujours plus innovante en la matière.

Une évaluation de ce Plan a, par ailleurs, été menée par votre prédécesseur et des mesures supplémentaires y ont été intégrées. Ce Plan dont la mise en place est encouragée au plan international par l'Organisation mondiale de la Santé et l'Union européenne a, par ailleurs, comme objectif de rendre complémentaires "les actions politiques menées aux différents niveaux de pouvoir, de renforcer leur efficacité par le partage d'objectifs communs".

Madame la ministre, dans votre note de politique générale, vous aviez mentionné devoir vérifier si ce Plan Cancer pouvait continuer à être concrétisé. Aujourd'hui, les inquiétudes demeurent. Pouvez-vous donc nous confirmer dans quelle mesure le Plan national Cancer pourra continuer à être mis en œuvre et surtout nous dire clairement où nous en sommes aujourd'hui? Le Plan national Cancer figure-t-il à

02.01 André Frédéric (PS): Volgens de Stichting Kankerregister werden er in 2012 65.000 nieuwe kankergevallen gediagnosticeerd. In 2008 werd een nationaal Kankerplan gelanceerd, met 32 maatregelen op het vlak van preventie en screening, verzorging, behandeling, patiëntenbegeleiding en research. Uw voorganger evalueerde het plan en voegde er extra maatregelen aan toe. Dat plan krijgt bijval van de WHO en de EU.

Zal het Kankerplan verder worden uitgevoerd? Staat het op de agenda van het volgende interministerieel comité Volksgezondheid? Wordt het plan binnenkort geëvalueerd? Wordt er aan extra maatregelen gedacht?

l'agenda du prochain comité interministériel de la Santé? Pourriez-vous nous dire si une évaluation de ce Plan est prévue prochainement? Des mesures complémentaires sont-elles déjà envisagées?

02.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, il est évident que le cancer reste une priorité pour la santé publique. Le Plan Cancer initialement prévu pour la période 2008-2010 a été poursuivi et élargi avec des mesures supplémentaires depuis 2011. Le SPF Santé publique et l'INAMI sont responsables de la réalisation du Plan Cancer. Aujourd'hui, la majorité des actions du Plan Cancer ont été réalisées et sont des mesures structurelles. Ces actions seront évidemment poursuivies, comme je l'ai également mentionné dans la note de politique générale.

Le Plan Cancer fait l'objet de la concertation avec les entités fédérées et est discuté au sein des groupes de travail intercabinet "maladies chroniques". De plus, le sujet figurait déjà à l'agenda du comité interministériel du 30 mars à côté d'autres points, entre autres la gestion des protocoles d'accord concernant le dépistage du cancer, à savoir un protocole avec les entités fédérées.

Le Centre du Cancer a présenté, fin 2012, une première tentative d'évaluation de l'exécution des initiatives mises en place dans le cadre du Plan Cancer pour la période 2008-2010. Cinq pistes ont été identifiées comme prioritaires: la réhabilitation des patients oncologiques, le lien entre les soins à l'hôpital et à domicile (soins intégrés), les banques et dons de cellules souches (j'ai déjà répondu à une question à ce sujet lors de notre précédente commission), le système de qualité des soins en oncologie et, enfin, la médecine personnalisée.

Ces thèmes ont été examinés en groupes de travail thématiques chargés d'analyser chacun des thèmes et de formuler des nouvelles mesures *evidence-based* en fonction des budgets disponibles. Par exemple, le groupe de travail "réhabilitation des patients oncologiques" réalise actuellement un projet-pilote sur le terrain dans trois grands hôpitaux de chaque Région, spécifiquement pour développer un instrument de réintégration socioprofessionnelle pour les personnes atteintes du cancer.

En outre, en collaboration avec le SPF, nous étudions avec des experts comment simplifier la législation afin que le retour et la réintégration socioprofessionnelle des malades chroniques soient mieux garantis. De telles mesures sont importantes pour éviter l'isolement social de ces personnes.

Le Centre du Cancer au sein de l'Institut scientifique de la Santé publique qui a été mis en place en 2009 et qui est chargé du monitoring et de l'évaluation du Plan Cancer a publié un état des lieux en 2014. Ce document de 90 pages est consultable; y figurent toutes les réalisations déjà faites dans le cadre du Plan Cancer. Par manque de temps, je ne peux évidemment pas vous lire ici ces 90 pages.

02.02 Minister Maggie De Block: Kanker blijft een prioriteit voor mijn departement. Het Kankerplan, dat aanvankelijk liep over de periode 2008-2010, werd vanaf 2011 voortgezet en uitgebreid. De FOD Volksgezondheid en het RIZIV zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van dat plan, waarvan de meeste punten al werden gerealiseerd. Die acties zullen worden voortgezet, zoals ik ook al aangaf in mijn beleidsnota.

Over het Kankerplan wordt overleg gepleegd met de deelgebieden en het komt aan bod in de werkgroepen 'chronische ziekten'. Het onderwerp stond ook op de agenda van het interministerieel comité van 30 maart.

Het Kankercentrum heeft in 2012 een eerste evaluatie gemaakt van de initiatieven die in het kader van het Kankerplan 2008-2010 werden ontwikkeld. Als prioritaire thema's werden aangemerkt: de revalidatie van kankerpatiënten, de link tussen ziekenhuis- en thuiszorg, de stamcelbanken en stamcel-donatie, het kwaliteitszorgsysteem in de oncologie, en de gepersonaliseerde geneeskunde.

Thematische werkgroepen moeten nu nieuwe maatregelen formuleren. De werkgroep "revalidatie van kankerpatiënten" ontwikkelt een tool die kankerpatiënten moet helpen bij hun re-integratie in de samenleving en op de werkvloer, en we buigen ons ook over de vereenvoudiging van de wetgeving in dat verband.

Het Kankercentrum heeft in 2014 een stand van zaken gepubliceerd, die een overzicht biedt van alles wat in het kader van het Kankerplan werd gerealiseerd.

02.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, il y a parfois un décalage entre le moment où l'on dépose une question et où on la pose. Le Conseil interministériel étant dépassé, ce qui m'importe, c'est que des décisions aient été prises par le passé et que l'on continue à suivre de près ce qui représente un fléau terrible pour nos concitoyens. Je suis donc heureux de voir que les choses continuent leur chemin avec de nouvelles pistes et concrétisations dans une série de secteurs. Vous venez de parler de la réinsertion socioprofessionnelle à laquelle on ne pense pas directement quand on parle de cancer. Madame la ministre, je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage de la dompéridone" (n° 3695)

03 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van domperidon" (nr. 3695)

03.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon une étude publiée le 31 mars dans la revue *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, la dompéridone, médicament utilisé pour traiter les vomissements et les nausées, commercialisée notamment sous le nom de Motilium, pourrait être à l'origine d'environ 200 décès en France en 2012.

En février 2014, cette revue indépendante d'information sur les médicaments avait déjà alerté sur les dangers de la dompéridone et en particulier sur les troubles du rythme cardiaque que celle-ci pouvait engendrer. Malgré les critiques émises vis-à-vis de cette étude, l'Agence européenne des médicaments avait, quelques semaines plus tard, recommandé une restriction de l'usage de cette substance. Selon l'AFMPS (l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé), il apparaît que onze cas de patients traités avec de la dompéridone lui ont été notifiés. Cinq de ces cas auraient été notifiés par des professionnels de la santé, avec un lien de causalité considéré comme possible. Pour quatre autres cas, le lien de causalité n'a pas pu être établi faute d'informations suffisantes. Un cas a été révélé par la presse et un autre serait dû à une overdose médicamenteuse.

Madame la ministre, je ne doute pas que vous ayez pris connaissance de l'étude publiée récemment en France. Confirmez-vous les chiffres parus dans la presse concernant les décès recensés dans notre pays? Quelles sont les recommandations actuellement en vigueur chez nous concernant l'usage de ce médicament?

Disposez-vous d'études récentes sur le sujet dans notre pays? Estimez-vous utile de commander une nouvelle étude sur cette question? Comme nous le savons, la population a parfois l'impression que le doute en matière d'usage de médicaments bénéficie davantage à l'industrie pharmaceutique qu'au patient. Nous devons évidemment œuvrer au maintien, sinon au rétablissement, de la confiance des citoyens en la matière.

Pourrez-vous nous expliquer concrètement comment intervient notre système de pharmacovigilance, et quelles suites sont éventuellement données aux signalements d'effets indésirables émis par les

02.03 André Frédéric (PS): Ik stel met tevredenheid vast dat er vooruitgang wordt geboekt.

03.01 Daniel Senesael (PS): Het geneesmiddel domperidon, dat wordt gebruikt tegen misselijkheid en braken, heeft in 2012 mogelijk 200 sterfgevallen veroorzaakt in Frankrijk. Na waarschuwingen over risico's op hartritmestoornissen had het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) aanbevolen het gebruik ervan te beperken.

Kunt u bevestigen dat er in ons land 11 sterfgevallen werden gemeld aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (fagg), waarvan er vijf worden beschouwd als mogelijk veroorzaakt door domperidon? Welke aanbevelingen gelden er voor het gebruik van dat geneesmiddel? Beschikt u over recente studies inzake het gebruik van dat product in ons land, of acht u het nuttig er een te bestellen?

De bevolking heeft soms de indruk dat de twijfel over bepaalde geneesmiddelen meer de farmaceutische industrie dan de patiënt te baat komt. Men moet het vertrouwen van de burgers herstellen. Welke rol speelt ons geneesmiddelenbewakingssysteem daarin? Op welke manier wordt er gevolg gegeven aan de meldingen van ongewenste bijwerkingen aan het fagg?

professionnels de la santé et les patients à l'AFMPS? Je vous remercie d'avance pour les réponses qu'il vous plaira de nous apporter.

03.02 Maggie De Block, ministre: Cher collègue, j'ai effectivement pris connaissance de l'étude publiée récemment en France. Je souhaite d'abord préciser que les experts de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et de l'Agence française des médicaments ont analysé en profondeur cette publication et partageront prochainement les conclusions de leur analyse au sein du *Pharmacovigilance risk assessment committee*.

À ce jour, ces conclusions ne remettent pas en cause les dernières décisions prises en juillet 2014 par la Commission européenne pour les médicaments contenant de la dompéridone. L'AFMPS a en effet confirmé les chiffres parus dans la presse concernant les décès récents dans notre pays, à savoir onze notifications de décès de patients traités avec de la dompéridone.

Le risque cardiaque de la dompéridone a fait l'objet de plusieurs études dans le passé. Dès février 2004, le risque d'allongement d'intervalles du segment QTc a été constaté. Une perturbation de l'électrocardiogramme, potentiellement mortelle dans certaines situations, a été ajoutée dans les notices des médicaments contenant de la dompéridone.

Depuis plusieurs années, l'Agence surveille de près les nouvelles données liées à l'usage de la dompéridone. En 2013, elle a décidé la mise sous prescription de ce médicament. Avant, on le trouvait en vente libre. À la même période, l'Agence a lancé une réévaluation approfondie de la balance bénéfices/risques des médicaments contenant de la dompéridone et ce, au niveau européen. En juillet 2014, la Commission européenne a rendu sa décision et adopté plusieurs dispositions telles que la mention de nouvelles contre-indications, notamment pour les patients présentant des troubles du rythme cardiaque et lors de l'usage concomitant de certains médicaments, ainsi que la réduction des doses maximales.

Des études supplémentaires ont également été demandées aux firmes pharmaceutiques qui commercialisent la dompéridone dans les pays membres de l'Union européenne. La mise en œuvre de la décision de la Commission européenne est en cours; il ne me semble donc pas opportun à ce stade d'exiger encore de nouvelles études.

En ce qui concerne le signalement d'effets indésirables émis par les professionnels de la santé et les patients, chaque notification est évaluée individuellement et encodée dans les bases de données de pharmacovigilance européennes et de l'OMS. De plus, chaque professionnel de la santé reçoit un rapport d'évaluation détaillé concernant la notification d'effets indésirables qu'il a transmis.

Au-delà des aspects de pharmacovigilance, la division Vigilance de l'AFMPS se charge de la communication aux professionnels de la santé et au public d'informations relatives à la sécurité d'utilisation de médicaments, notamment par le biais du site internet de l'AFMPS.

Des initiatives sont mises en œuvre afin d'entretenir et de renforcer la confiance du citoyen envers les médicaments et le rôle des autorités

03.02 Minister Maggie De Block: De experts van het fagg en het EMA zullen de conclusies van hun analyse weldra uiteenzetten in het Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC). In die conclusies worden de beslissingen van de Europese Commissie niet ter discussie gesteld. Het fagg heeft de vermelde cijfers bevestigd.

Na een analyse van het cardiale risico werd er in de bijsluiter van geneesmiddelen met domperidon vermeld dat er een mogelijk letale verstoring van het elektrocardiogram kan optreden.

In 2013 maakte het fagg die geneesmiddelen voorschrijfplichtig en hield het de risicobatenverhouding opnieuw tegen het licht. In juli 2014 keurde de Europese Commissie de vermelding van nieuwe contra-indicaties en de verlaging van de maximale dosissen goed.

Er werden bijkomende studies gevraagd aan de bedrijven die domperidon in de Europese Unie vermarkten. De beslissing van de Europese Commissie wordt momenteel ten uitvoer gelegd; het lijkt me derhalve niet opportuun om nieuwe studies te eisen.

Elke melding van ongewenste neveneffecten wordt afzonderlijk geëvalueerd en opgenomen in de Europese en de WHO-databanken met farmacovigilantiegegevens. Elke gezondheidswerker ontvangt een omstandig evaluatierapport met betrekking tot de ongewenste neveneffecten die hij gemeld heeft.

De afdeling Vigilantie van het fagg zorgt voor de verspreiding van informatie betreffende de gebruiksveiligheid van de geneesmiddelen.

sanitaires en la matière. Je pense que c'est un signal très fort que nous avons donné avec l'Agence française pour avoir plus d'informations afin de nourrir notre argumentation devant la Commission.

Er worden initiatieven ontwikkeld om het vertrouwen van de patiënten ten aanzien van geneesmiddelen en van de gezondheidsautoriteiten te versterken. Samen met het Franse agentschap hebben we een sterk signaal gegeven, door extra informatie te vragen.

03.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses complètes qui montrent, comme vous le soulignez dans votre conclusion, l'intérêt du partage des connaissances avec la France.

03.03 Daniel Senesael (PS): De samenwerking met Frankrijk en het delen van kennis is inderdaad belangrijk. Het patiënten-vertrouwen blijft een prioriteit.

Même si vous l'avez fait remarquer, outre les études réalisées et les effets indésirables notés, j'insiste sur le fait que la confiance envers le citoyen reste une priorité. Je sais que vous y serez attentive.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les vaccins contre la gastro Rotarix et RotaTeq" (n° 3624)

04 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaccins tegen gastro-enteritis Rotarix en RotaTeq" (nr. 3624)

04.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, Rotarix et RotaTeq sont des vaccins oraux indiqués chez les nourrissons à partir de l'âge de six semaines pour prévenir les gastro-entérites causées par des infections à rotavirus. En Europe, ils sont autorisés respectivement depuis février et juin 2006.

04.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Rotarix en Rota Teq zijn orale vaccins die aangewezen zijn bij zuigelingen ter voorkoming van door rotavirusinfecties veroorzaakte gastro-enteritis. Tot op heden werden die vaccins een miljoen keer toegediend. In die periode werd er 508 keer melding gemaakt van bijwerkingen, waarvan 201 ernstige en in twee gevallen met dodelijke afloop. Het betreft acute darminstulpingen die bij de eerste symptomen onmiddellijk behandeld moeten worden. De Hoge Gezondheidsraad zal de komende dagen zijn standpunt met betrekking tot die vaccins herbekijken.

Entre le début de la commercialisation en France de ces deux vaccins et le 31 octobre 2014, plus d'un million de doses ont été distribuées. Il apparaît que 508 notifications d'effets indésirables ont été médicalement confirmées. De ces 508 cas, 201 sont graves et ont conduit à deux décès en 2012 et 2014. Il s'agit d'invaginations intestinales aiguës, sorte de replis d'un segment d'intestin dans la portion intestinale suivante, qui nécessitent une prise en charge immédiate dès les premiers signes.

Alors que la vaccination avait été recommandée en novembre 2013 par le Haut Conseil de la santé publique, celui-ci réexaminera sa position dans les prochains jours. En attendant, toujours en France, un courrier a été envoyé à 160 000 professionnels de la santé afin qu'ils sensibilisent les familles sur les signes survenant dans le mois suivant la vaccination, pour consulter sans délai.

Veuillez m'excuser, madame la ministre, de mentionner souvent des exemples français, mais comme je suis natif d'Épernay en Champagne, vous comprendrez pourquoi.

En Belgique, chaque année, avant l'introduction du vaccin, plus de 6 000 enfants étaient hospitalisés en raison d'une gastro-entérite à rotavirus. Depuis la mise en place de la vaccination, le nombre d'hospitalisations a considérablement baissé. On estime qu'à l'âge de

In België werden vóór de introductie van dat vaccin jaarlijks meer dan 6.000 kinderen als gevolg van het rotavirus gehospitaliseerd. Op de leeftijd van vijf jaar hebben bijna alle kinderen al een rotavirusinfectie doorgemaakt. Het sterftecijfer is zeer laag en bedraagt bijna nul in Europa.

4-5 ans, pratiquement tous les enfants ont présenté un épisode de gastro-entérite rotavirus. La mortalité est très faible, pratiquement nulle, dans les pays européens.

Madame la ministre, au vu des éléments cités, pouvez-vous me dire si vous avez des données chiffrées précises concernant le nombre de décès consécutifs à une gastro-entérite rotavirus en Belgique? Nous espérons évidemment que ce sera zéro. Combien de cas de complications ont-ils été dénombrés suite à l'administration de ces vaccins chez nous? Quelle est votre position sur la question? Des mesures de prévention ont-elles été prises comme c'est le cas en France, puisque je vous ai cité le courrier envoyé à 160 000 professionnels de la santé?

04.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, le taux de mortalité lié à l'infection au rotavirus est très faible dans les pays occidentaux, mais ce virus est néanmoins la première cause d'hospitalisation chez les enfants.

Des études cliniques montrent qu'il existe un risque minime mais bien réel d'invagination intestinale après une vaccination au Rotarix et au RotaTeq. Cela représente un à cinq cas par 100 000 personnes vaccinées.

Vu l'impact du vaccin sur le nombre d'hospitalisations et les avantages nettement supérieurs au risque d'invagination intestinale, le Conseil supérieur de la Santé recommande la vaccination contre le rotavirus en Belgique depuis octobre 2006.

En 2012, le taux de vaccination chez les enfants était estimé à 89 % pour la première dose. Après l'introduction de la vaccination, le nombre total d'hospitalisations dues au rotavirus a baissé de 73 %.

Avant la vaccination, une à vingt-sept personnes décédaient chaque année en Belgique en raison d'une gastro-entérite aiguë. Depuis la généralisation de la vaccination, le nombre de décès a été ramené de zéro à trois cas par an, ce qui représente une diminution supérieure à 50 %. Cette diminution est donc significative.

Les effets secondaires, après la vaccination, sont suivis par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et tous les médecins sont supposés les signaler. Si des signaux indiquaient un nombre anormal d'invaginations, le problème serait soumis pour avis au Conseil supérieur de la Santé. Mais ce n'est pas le cas actuellement.

Pour ce qui concerne le nombre de cas de complications qui ont été dénombrés suite à l'administration de ces vaccins, je peux vous dire que depuis la mise sur le marché du Rotarix (le 1^{er} juin 2006) et du RotaTeq (le 1^{er} juin 2007), un total de trente et un cas d'invaginations intestinales suite à la vaccination contre le rotavirus ont été recensés en Belgique.

Parmi ces cas, aucun n'a entraîné le décès de l'enfant vacciné et quinze cas ont mis en jeu le pronostic vital. Vingt-deux cas d'invagination intestinale ont nécessité une intervention chirurgicale, dont dix avec une résection partielle de l'intestin. Cinq cas ont été traités par simple lavement et un cas s'est résolu de manière

Hoeveel mensen zijn er in België aan de gevolgen van een door een rotavirus veroorzaakte gastro-enteritis gestorven? Hoeveel complicaties werden er door de toediening van die vaccins veroorzaakt? Werden er preventieve maatregelen genomen?

04.02 Minister Maggie De Block: Het aantal sterfgevallen als gevolg van een besmetting met het rotavirus is in de westerse landen zeer beperkt, maar dat virus is wel de eerste oorzaak van ziekenhuisopnames van kinderen. Er bestaat een miniem maar reëel risico op darminstulping na vaccinatie met Rota Teq of Rotarix. Het gaat om 1 tot 5 gevallen op 100.000 gevaccineerde personen. Aangezien de voordelen ruimschoots opwegen tegen de risico's beveelt de Hoge Gezondheidsraad (HGR) de vaccinatie aan sinds oktober 2006.

Sinds er wordt gevaccineerd tegen het rotavirus is het aantal ziekenhuisopnames als gevolg van een besmetting met dat virus met 73 procent gedaald. Voor er gevaccineerd werd, stierven in ons land jaarlijks één tot zeven personen aan de gevolgen van een acute gastro-enteritis. Sindsdien gaat het nog om nul tot drie gevallen per jaar.

De bijwerkingen worden gevolgd door het fagg. De artsen worden geacht de bijwerkingen te melden. Indien het aantal darminstulpingen abnormaal zou toenemen, zou dat probleem aan de HGR worden voorgelegd. Sinds die vaccins in gebruik werden genomen, werden in totaal 31 gevallen van darminstulping gemeld in België, waarvan geen enkel met dodelijke afloop voor het gevaccineerde kind.

spontanée. Par ailleurs, aucune augmentation du nombre de cas d'invagination intestinale suite à une vaccination par Rotarix ou RotaTeq n'a été constatée depuis l'introduction de ces vaccins sur le marché belge.

La situation est positive: une diminution de plus de 50 % du nombre de cas a été enregistrée. Certes, un risque existe toujours, même s'il est réduit. Il est donc utile que le corps médical en soit averti et qu'il sache comment agir en cas de problème.

In 22 gevallen moest er operatief worden ingegrepen, in tien daarvan werd er overgegaan tot een gedeeltelijke darmresectie. Er werd sinds de introductie van die vaccins in België geen toename van het aantal invaginaties vastgesteld.

04.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour ces informations précises. En effet, une information aux professionnels est tout à fait justifiée; j'ignore si elle a été transmise. Cela étant dit, je sais que vous êtes particulièrement sensible à ce genre de dossier.

04.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): De practitioners moeten hierover zeker informatie krijgen.

04.04 Maggie De Block, ministre: Nous suivons le dossier chaque année. Si jamais cela devait changer, si de nouvelles d'informations devaient être disponibles, nous pourrions à nouveau demander un avis au Conseil supérieur pour voir si le comportement des bébés ayant reçu ce vaccin a évolué.

04.04 Minister Maggie De Block: Wij blijven het dossier elk jaar volgen. Indien nodig kunnen wij een nieuw advies vragen aan de Hoge Gezondheidsraad om na te gaan of er sprake is van een evolutie bij de gevaccineerde baby's.

04.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vous remercie, madame la ministre. Nous sommes appelés à devoir parfois parler en des termes un peu compliqués, mais nous y parvenons.

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

*Présidente: Yoleen Van Camp.
Voorzitter: Yoleen Van Camp.*

05 Question de Mme Fabienne Winckel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des cas de violences sexuelles dans les hôpitaux" (n° 3703)

05 Vraag van mevrouw Fabienne Winckel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van de gevallen van seksueel geweld in de ziekenhuizen" (nr. 3703)

05.01 Fabienne Winckel (PS): Madame la présidente, madame la ministre, en 2012, les statistiques policières ont recensé 3 053 plaintes pour viol. Les viols entre partenaires ont quant à eux fait l'objet de 75 plaintes. On sait, par ailleurs, qu'une large part des délits sexuels ne sont pas déclarés et ne sont donc pas repris dans les statistiques policières. Comme cela a souvent été souligné, l'enregistrement de ces actes de violence ne doit pas se limiter aux secteurs policier et judiciaire. Il est en effet indispensable d'assurer un relevé des faits dans l'ensemble des secteurs qui y sont confrontés afin d'obtenir un aperçu complet de la problématique.

05.01 Fabienne Winckel (PS): Seksueel geweld, een wijdverbreid fenomeen, is amper terug te vinden in de politiestatistieken. Bovendien registreren de ziekenhuizen blijkbaar niet alle gevallen van seksueel geweld. Dat is nochtans verplicht krachtens het verdrag van Istanbul inzake het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, dat weldra door België zal worden geratificeerd.

Comme nous le savons, les violences sexuelles font l'objet d'une approche spécifique dans le cadre du plan d'action national de lutte contre les violences. Cependant, parmi les constatations épinglées lors des travaux réalisés par le Sénat au sujet du suivi de la mise en œuvre de la plate-forme d'action de la quatrième conférence mondiale des Nations unies sur les femmes, dont je souligne la qualité, il apparaît que tous les cas de violences sexuelles ne sont

Wordt er een specifieke procedure gevolgd wanneer een slachtoffer van seksueel geweld zich in een ziekenhuis aanmeldt? Klopt het dat

actuellement pas répertoriés dans les hôpitaux.

Or, la convention d'Istanbul sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, qui devrait être prochainement ratifiée par la Belgique, impose d'enregistrer ces cas de violences sexuelles dans les établissements hospitaliers.

Madame la ministre, mes questions sont assez précises. Pourriez-vous nous indiquer si une procédure spécifique est mise en place quand une personne se présente dans un hôpital après avoir subi des violences sexuelles?

Est-il vrai que les hôpitaux n'enregistrent pas de manière systématique tous les cas d'agressions sexuelles? Dans l'affirmative, quelles en sont les raisons? De nombreuses actions de sensibilisation au sein des hôpitaux ont été menées sur l'initiative de votre prédécesseur. Envisagez-vous de poursuivre et d'intensifier cette sensibilisation des services hospitaliers quant à l'importance d'enregistrer tous les dossiers de violences sexuelles?

Comptez-vous poursuivre la mise en place d'un véritable outil d'enregistrement automatique des cas de violences sexuelles dans tous les hôpitaux du pays afin de permettre à ces victimes de bénéficier d'une prise en charge et d'un suivi de qualité, comme le préconise la convention d'Istanbul?

05.02 Maggie De Block, ministre: Madame, je vous remercie pour votre question sur cette problématique très importante. Dans les hôpitaux, la procédure spécifique pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles et pour l'enregistrement de ces victimes n'est pas encore au point. En effet, peu de médecins au sein des hôpitaux ont une expertise en matière de prélèvement d'ADN chez les victimes qui se présentent aux urgences d'un hôpital. Or, il est urgent de faire ce prélèvement après les faits, idéalement endéans les 72 heures après le contact avec l'agresseur, afin de pouvoir utiliser cet échantillon d'ADN et de pouvoir identifier, si c'est possible, l'agresseur.

C'est la raison pour laquelle les professionnels de la santé issus de quatorze hôpitaux, dont huit flamands, quatre wallons et deux bruxellois, reçoivent actuellement une formation afin d'utiliser correctement le set d'agression sexuelle.

Il est vraisemblable que tous les cas de violences sexuelles ne sont pas enregistrés, ceci principalement pour deux raisons. Tout d'abord, le diagnostic n'est pas toujours posé. Ensuite, les cellules de codage des hôpitaux n'ont pas toujours connaissance des codes utilisés. Pourtant, les codes spécifiques aux abus sexuels chez les adultes et chez les enfants existent tant dans la classification ICD-9CM (*The International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*) utilisée jusqu'en 2014, que dans la classification ICD-10, en cours d'implémentation.

En ce qui concerne le codage des violences sexuelles tout comme pour les mutilations génitales féminines et les violences intrafamiliales, les médecins auditeurs attachés aux services management du SPF Santé publique feront un travail de sensibilisation auprès des cellules de codage des hôpitaux afin

de ziekenhuizen niet systematisch alle gevallen van seksuele agressie registreren? Waarom niet? Zult u de sensibiliseringsacties die op initiatief van uw voorganger in de ziekenhuizen werden gelanceerd, voortzetten en intensiveren? Zult u verder werk maken van een echt instrument om gevallen van seksueel geweld in alle ziekenhuizen automatisch te registreren?

05.02 Minister Maggie De Block: De specifieke procedure staat nog niet op punt. Weinig ziekenhuisartsen hebben immers ervaring met het afnemen van DNA, wat na zulke feiten echter dringend moet gebeuren, idealiter binnen de 72 uur.

Daarom wordt er een specifieke opleiding verstrekt aan practitioners van veertien ziekenhuizen.

Waarschijnlijk worden niet alle gevallen van seksueel geweld geregistreerd, omdat ze niet altijd als dusdanig worden onderkend. Bovendien zijn de diensten van de ziekenhuizen die de gegevens invoeren, niet altijd bekend met de bestaande codes. De geneesheren-auditeurs van de dienst datamanagement van de FOD Volksgezondheid zullen de betrokken ziekenhuisdiensten hieromtrent sensibiliseren.

Bovendien zullen de gegevens met betrekking tot de spoedzorg vanaf 1 januari 2016 moeten worden geregistreerd en

d'obtenir à terme un enregistrement de qualité de ces données.

overgezonden aan de FOD Volksgezondheid.

En outre, à partir du 1^{er} janvier 2016, l'enregistrement des données d'urgence sera rendu obligatoire et toutes les données devront être envoyées vers le SPF Santé publique. L'article 10, § 4, de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 oblige les services d'urgence à enregistrer, je cite, "le motif de l'inscription au service des urgences avec indication des éléments suivants: les circonstances spécifiques, le symptôme qui a constitué le motif du contact avec le service des urgences, le diagnostic parfois provisoire posé par un médecin spécialiste lié au service des urgences". On est en train d'implémenter cet arrêté mais il sera rendu obligatoire dès le 1^{er} janvier 2016.

05.03 Fabienne Winckel (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

05.03 Fabienne Winckel (PS): De invoering van de registratieplicht en de goede samenwerking met uw collega's in de regering zijn van essentieel belang.

La problématique est réelle. Quand on entend le chiffre de plus de 3 000 viols par an, sans compter tous les cas non déclarés, il est vital de mettre sur pied l'enregistrement obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2016.

Je me permets de revenir sur l'importance de la collaboration avec vos autres collègues du gouvernement, que ce soit le ministre de l'Intérieur, de la Justice ou la secrétaire d'État à l'Égalité des chances.

Je me permets de revenir sur l'importance de la collaboration avec vos collègues, qu'il s'agisse du ministre de la Justice, du ministre de l'Intérieur, de la secrétaire d'État en charge de l'Égalité des chances. Nous ne pourrions avancer efficacement que si chacun dans son domaine de compétence en prend conscience.

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

*Présidente: Muriel Gerkens.
Voorzitter: Muriel Gerkens.*

06 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de poudre contenant de l'ocfentanil en Belgique" (n° 3704)

06 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid in België van een poeder dat ocfentanyl bevat" (nr. 3704)

06.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, voici quelques semaines, le Système belge d'alerte précoce sur les drogues a mis en garde contre une poudre circulant en Belgique et contenant de l'ocfentanil. L'ocfentanil est un opioïde de synthèse dérivé du fentanyl, un analgésique très puissant utilisé notamment lors d'opérations chirurgicales ou prescrit aux patients atteints d'un cancer en phase terminale. Celui-ci est, par ailleurs, connu pour être 80 fois plus actif que la morphine et la substance active qu'il contient est des centaines de fois plus forte que celle présente dans d'autres opiacés, comme par exemple l'héroïne.

06.01 André Frédéric (PS): Het Belgisch Early Warning System voor Drugs waarschuwt voor een poeder dat ocfentanyl bevat, een synthetisch opioïde afgeleid van fentanyl. Het gaat om een zeer krachtige pijnstiller die gebruikt wordt bij chirurgische ingrepen en voorgeschreven wordt aan terminale kankerpatiënten. De actieve stof is honderden malen krachtiger dan die van andere opiaten zoals heroïne. Dat soort producten, dat als heroïne-ervanger wordt verkocht, heeft al doden gemaakt.

Des produits de ce type ont déjà causé des décès un peu partout dans le monde, généralement parce qu'ils sont parfois vendus comme substitut à l'héroïne sans que les usagers en soient informés ou suffisamment conscients. Jusqu'à présent un seul décès dû à la consommation de cette poudre a été enregistré en Belgique. Cette

affirmation remonte à approximativement quatre semaines.

Madame la ministre, d'autres décès liés à cette consommation de drogue ont-ils été recensés dans notre pays depuis lors? Des mesures concrètes ont-elles été prises pour informer et prévenir les professionnels de la santé de la présence de cette substance sur notre territoire?

Si l'achat et la consommation de drogues illégales sont strictement interdits en Belgique, les consommateurs de stupéfiants doivent évidemment faire preuve de la plus grande vigilance. Quels sont les canaux qui ont été utilisés afin d'avertir la population du danger de cette nouvelle substance? Pouvez-vous nous préciser combien de temps s'est écoulé entre le moment où le premier décès a eu lieu et le moment où les informations ont pu être transmises aux professionnels et au public?

Enfin, comme vous nous le disiez voici quelques semaines, ce type de substance devrait prochainement être intégré dans un arrêté royal visant des structures génériques comme le fentanyl et ce, afin de mieux lutter contre ce qu'on appelle les *legal highs*. Cependant, vous disiez devoir faire preuve de prudence afin qu'il n'y ait pas d'impact négatif non voulu sur le secteur qui manipule ces substances de façon légale. Madame la ministre, avez-vous déjà consulté le secteur sur la question? Si non, quand cela est-il prévu et quand cet arrêté devrait-il voir le jour?

06.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, monsieur Frédéric, heureusement, aucun nouveau décès faisant suite à la consommation de la drogue ocfentanil n'a été enregistré. C'était en outre la toute première fois et donc, pour l'heure, l'unique fois que ce type de drogue avait été retrouvé en Belgique.

Il relève de la responsabilité du Système belge d'alerte précoce sur les drogues d'informer les professionnels de la présence de substances à haut risque, tel que l'ocfentanil, sur le marché belge des drogues.

Le Système belge d'alerte est l'un des systèmes d'enregistrement dans l'Observatoire belge des drogues et des toxicomanies, géré par l'Institut Scientifique de Santé Publique.

Si les drogues signalées représentent un risque alarmant pour la santé, le BEWSD recueille dans un premier temps toutes les informations disponibles sur celles-ci et envoie une alerte au réseau professionnel. Ce réseau est composé non seulement de tous les laboratoires belges mais aussi des services d'aide et d'urgence de la police et du parquet, des associations d'aide aux toxicomanes et encore d'autres.

L'Institut veille également à ce que toutes les informations soient incluses dans une base de données spécifiques accessible sous la forme électronique aux experts inscrits. Toutes les données sont, par ailleurs, partagées avec les partenaires internationaux.

Parallèlement à ce système d'alerte national, l'Observatoire socio-épidémiologique alcool/drogue en Fédération Wallonie-Bruxelles et la Vereniging voor alcohol en andere drugproblemen font office de

In ons land werd al één sterfgeval geregistreerd. Waren er sindsdien nog andere gevallen? Wat heeft men ondernomen om de bevolking te informeren over de aanwezigheid van die stof op ons grondgebied? Hoe heeft men de bevolking gewaarschuwd tegen de gevaren ervan? Dat soort stoffen zou worden opgenomen in een koninklijk besluit in verband met generische structuren, waarmee de strijd tegen de *legal highs* zal worden aangebonden. U zei in dat verband dat u de nodige voorzichtigheid aan de dag moet leggen om te vermijden dat de sector die die stoffen op een wettelijke manier aanwendt, daarvan negatieve gevolgen ondervindt. Heeft u die sector al geraadpleegd?

06.02 Minister **Maggie De Block**: Er werd geen nieuw overlijden als gevolg van ocfentanil geregistreerd. Het is aan het Belgisch Early Warning System voor Drugs om de gezondheidssector te informeren over de aanwezigheid van gevaarlijke stoffen op de markt.

Als de gemelde drugs een ernstig gezondheidsrisico vormen, wordt de beschikbare informatie in het *Early Warning System* opgenomen en wordt er via dat systeem een waarschuwing gestuurd naar de betrokken actoren: laboratoria, hulp- en nooddiensten van de politie en het parket, verenigingen. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) ziet erop toe dat alle informatie opgenomen wordt in een databank die toegankelijk is voor de ingeschreven deskundigen.

Het Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen fungeren als *early warning system* voor de

système d'alerte précoce par la Communauté française et de Vlaamse Gemeenschap.

Leur rôle se limite à la prise de mesures dans le domaine de la prévention et de la réduction des préjudices. Ces partenaires régionaux sont avertis de manière prioritaire, afin qu'ils puissent diffuser plus largement le message d'alerte.

Par ailleurs, l'Institut Scientifique de Santé Publique a pris l'initiative, en collaboration avec les cabinets, de diffuser activement un communiqué de presse afin d'informer la population du danger de cette substance par l'intermédiaire des médias.

Le délai pour la transmission de cette information dépend des analyses des échantillons nécessaires pour confirmer la cause du décès de la victime.

Les consultations en question sont nombreuses et ne comprennent pas uniquement l'industrie mais également les autres administrations concernées, comme par exemple les Douanes, la Justice et les Affaires intérieures. Pour l'instant, il n'est pas encore possible d'indiquer une date butoir, mais on y travaille.

06.03 André Frédéric (PS): Pour le projet d'arrêté royal?

06.04 Maggie De Block, ministre: Non, pour la collaboration!

06.05 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je me réjouis du fait qu'il n'y ait pas eu de nouveau cas ces dernières semaines. C'est toujours extrêmement interpellant quand on est confronté à ce type d'information en se disant que des utilisateurs peuvent malgré eux consommer des drogues telles qu'ils ne maîtrisent pas le contenu et qu'ils risquent leur vie. C'est interpellant mais c'est également rassurant.

En ce qui concerne le dispositif d'alerte, d'information et de prévention, vous semblez être satisfaite. Je peux donc vous suivre. Ici, cela a fonctionné puisque l'information est arrivée sur le terrain, en ce compris chez les citoyens, dont je fais partie. À cet égard, je suis rassuré.

Je n'ai pas entendu de réponse sur votre projet d'arrêté royal visant à intégrer des structures génériques comme l'ocfentanil. Vous aviez annoncé un arrêté royal, tout en étant prudente pour ne pas toucher à des produits utilisés de façon légale dans certaines circonstances.

06.06 Maggie De Block, ministre: Ce travail est en cours.

06.07 André Frédéric (PS): Vous n'avez pas de *deadline*.

06.08 Maggie De Block, ministre: Non. Il faut être prudent avec les produits que nous mettrons sur la liste. Nous restons vigilants sur ce dossier et nous réagissons le plus vite possible dès qu'il y a une alerte.

Franse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschap. Ze zijn actief op het stuk van preventie en schadebeperking.

Het WIV heeft het initiatief genomen om een persbericht te verspreiden om de bevolking te waarschuwen voor het gevaar van die stof. Niet alleen de industrie wordt geraadpleegd, maar ook de andere betrokken administraties: Douane, Justitie en Binnenlandse Zaken.

06.05 André Frédéric (PS): Het verheugt me dat er geen nieuwe gevallen zijn. Bovendien werkt het waarschuwingssysteem goed, wat mij geruststelt. Hoe staat het met het KB over *legal highs*?

06.06 Minister Maggie De Block: Daar wordt aan gewerkt, maar er is geen deadline vastgelegd.

06.08 Minister Maggie De Block: We moeten zorgvuldig bepalen welke producten er al dan niet op de lijst gezet moeten worden. In afwachting reageren we zo vlug mogelijk op een waarschuwing en wordt de informatie onmiddellijk

aan de betrokkenen doorgegeven.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cancers de la peau" (n° 3723)

07 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "huidkanker" (nr. 3723)

07.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le carcinome basocellulaire est, comme nous le savons tous, le cancer cutané le plus fréquent, mais aussi le plus facile à guérir lorsqu'il est détecté à temps. Le carcinome spinocellulaire est, lui, d'évolution beaucoup plus rapide tandis que le mélanome demeure le moins fréquent, mais également le plus dangereux.

Selon une enquête menée auprès de 1 300 dermatologues européens dont 100 belges, le report du diagnostic des cancers cutanés causerait la mort de 150 personnes chaque année en Belgique. Selon les chiffres indiqués récemment dans les médias, il semblerait que plus de 40 % des patients reportent leur consultation médicale entre trois et six mois après avoir repéré les premiers signes de cancers de la peau et que 14 % attendraient plus d'un an. Les raisons évoquées semblent diverses: ignorance de la dangerosité, manque de temps, peur du diagnostic, etc. Pourtant, si les personnes consultaient leur dermatologue à temps, il semble que plus de 40 % des décès pourraient être évités. D'après le président d'Euromelanoma Belgique, "nous devons faire de notre mieux pour réduire le nombre de reports de rendez-vous des patients. Nous pouvons véritablement sauver des vies si le cancer est pris à temps". Le traitement chirurgical à un stade précoce donne en effet un taux de survie à plus de 90 % après cinq ans. Les cancers de la peau ont donc cette particularité qu'ils sont évitables et guérissables s'ils sont pris suffisamment à temps. Mais, pour cela, il faut pouvoir se baser sur des piliers essentiels à savoir la prévention, la sensibilisation et le diagnostic précoce.

Madame la ministre, pouvez-vous nous dire combien de cancers de la peau ont été diagnostiqués ces dernières années dans notre pays? Pouvez-vous distinguer le nombre de cas de mélanomes, de carcinomes basocellulaires et de carcinomes spinocellulaires? Comme vous le savez, une résolution a été votée en 2013 afin d'améliorer l'éducation et la détection précoce des cancers cutanés et ainsi stopper leur progression constante et rapide. Pouvez-vous nous dire ce qu'il en est de la mise en œuvre des demandes de cette résolution et nous préciser quelles nouvelles initiatives vous comptez prendre à cet égard?

07.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, je souhaite tout d'abord dire que les chiffres abondent. Il n'est pas dans vos habitudes de me demander autant de chiffres et je vous les donnerai donc exceptionnellement. Normalement, dans ce cas, on pose une question écrite.

La Fondation Registre du Cancer peut donner un aperçu de l'incidence des cancers de la peau en Belgique. Les cancers de la peau peuvent, pour la plupart, être subdivisés en deux grands

07.01 André Frédéric (PS): Huidkankers zouden jaarlijks 150 sterfgevallen veroorzaken in ons land. Om uiteenlopende redenen zou 40 procent van de patiënten drie tot zes maanden wachten om een arts te raadplegen nadat ze de eerste tekenen van kanker hebben waargenomen en 14 procent zou zelfs meer dan een jaar wachten. Indien die personen op tijd naar hun dermatoloog zouden stappen, zou 40 procent van de sterfgevallen kunnen worden vermeden. Daartoe is echter preventie nodig, naast sensibilisering en een vroegtijdige diagnose.

Hoeveel huidkankers werden er de jongste jaren in ons land gediagnosticeerd? Kunt u een onderscheid maken tussen melanomen, basocellulaire carcinomen (die frequenter en gemakkelijker te behandelen zijn) en spinocellulaire carcinomen (die minder frequent, maar gevaarlijker zijn)? In 2013 werd een resolutie aangenomen waarin sensibiliseringscampagnes werden gevraagd en werd aangestuurd op de vroegtijdige opsporing van huidkanker. Hoe staat het met de tenuitvoerlegging daarvan? Welke nieuwe initiatieven staan er op stapel?

07.02 Minister Maggie De Block: 1 op de tien van die kankers is een melanoom. In 2012 werden er 2.511 melanomen gediagnosticeerd (± 1.400 bij vrouwen en ± 1.100 bij mannen). De incidentie van melanoom is in België tussen 2004 en 2012 toegenomen met 5,5 procent bij mannen en met

groupes: les mélanomes et les tumeurs non-mélanomes, principalement les carcinomes basocellulaires et les carcinomes spinocellulaires qui sont plus dangereux que les précédents. Les mélanomes sont les cancers de la peau les plus agressifs. Ils représentent environ 10 % de ces cancers. Je dispose des chiffres de 2012. On y trouve 2 511 nouveaux diagnostics de mélanomes, davantage chez les femmes que chez les hommes (environ 1 400 chez les femmes et environ 1 100 chez les hommes). L'incidence du mélanome en Belgique est nettement en augmentation. Entre 2004 et 2012, elle a augmenté en moyenne annuellement de 5,5 % chez les hommes et de 4,6 % chez les femmes. En 2011, 372 Belges sont décédés des suites d'un mélanome.

Les cancers de la peau non-mélanomes sont des tumeurs de la peau ayant un bon pronostic. Ils représentent 90 % des cancers de la peau. En 2012, la Fondation a enregistré quand même 27 400 nouveaux diagnostics de cancers de la peau non-mélanomes, moitié chez les hommes et moitié chez les femmes.

Les carcinomes basocellulaires ne se retrouvent pas dans les tableaux classiques publiés par la Fondation Registre du Cancer, ni dans ceux publiés par les registres du cancer au niveau international. Néanmoins, 21 700 nouveaux diagnostics ont été enregistrés en 2012 pour la Belgique.

L'augmentation de l'incidence est aussi significative. En moyenne annuelle, elle était de 10 % chez les hommes et de 12 % chez les femmes entre 2004 et 2012.

Les cancers de la peau non-mélanomes restants sont des carcinomes spinocellulaires. On a dénombré 5 400 nouveaux diagnostics en 2012. Là aussi, l'augmentation de l'incidence est significative. En moyenne annuelle, elle s'élevait à 6 % chez les hommes et à 8 % chez les femmes entre 2004 et 2012. Ces chiffres correspondent aux résultats observés aux Pays-Bas. Cela peut vous paraître bizarre, mais c'est comme ça. Cela dit, ce n'est pas si étonnant.

J'ai apporté le tableau des nouveaux diagnostics par type de peau, sexe et âge en Belgique pour 2012. Je vous le communiquerai ensuite.

Le contenu de la résolution du 17 juillet 2013 visant l'amélioration de l'éducation et de la détection précoce des cancers cutanés afin d'arrêter leur progression constante et rapide se situe dans le domaine de la sensibilisation et de la prévention. À la suite de la sixième réforme de l'État, cette dernière a été dévolue aux Communautés. Néanmoins, l'État fédéral, en l'occurrence le SPF Santé publique, est depuis longtemps déjà un partenaire loyal dans la campagne www.soleilmalin.be ou www.veiligindezon.be. Ces sites informent le public des dangers du soleil en été, pendant les sports d'hiver et les vacances, qui sont devenus plus fréquents.

Quant au contrôle des quelque 4 000 centres de bronzage, cette responsabilité incombe à mon collègue Peeters. L'observance des règles de fonctionnement des lits de bronzage est contrôlée par ses services. Il a déjà annoncé qu'une concertation avec les propriétaires

4,6 procent bij vrouwen. In 2011 zijn er 372 Belgen overleden aan de gevolgen van melanoom.

90 procent van de huidkankers zijn geen melanomen. In 2012 werden er 27.400 nieuwe gevallen gediagnosticeerd, de helft bij mannen en de helft bij vrouwen, waarvan 21.700 basocellulaire carcinomen.

Ook daar is er een significante stijging van het aantal gevallen, met tien procent bij mannen en met twaalf procent bij vrouwen (tussen 2004 en 2012).

In 2012 werden er 5.400 nieuwe gevallen van plaveiselcelcarcinoom vastgesteld, wat eveneens een sterke toename is: zes procent bij mannen en acht procent bij vrouwen (tussen 2004 en 2012).

De Gemeenschappen gaan over de sensibilisering en de preventie. Niettemin verleent de federale overheid al jarenlang haar medewerking aan de campagne 'Veilig in de zon / Soleil malin'.

Mijn collega de heer Peeters is verantwoordelijk voor de controle op de ongeveer 4.000 zonnecentra. De controle op de registratie ressorteert integraal onder de FOD Economie.

De piste om mensen vanaf 45 jaar jaarlijks te screenen, zoals opgenomen in de resolutie van 17 juli 2013, is een goede suggestie.

de ces centres était prévue. De plus, le contrôle de l'enregistrement relève entièrement de la compétence du SPF Économie.

La résolution propose également un module de dossier médical global plus (DMG+) pour un dépistage annuel par le médecin généraliste à partir de l'âge de quarante-cinq ans. En cas de doute, le patient sera recommandé à un dermatologue. En attendant des lignes directrices plus précises, cette piste constitue une bonne suggestion.

07.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour les chiffres, même si je vous promets que je n'en ferai pas une habitude. Il apparaît clairement dans ces chiffres que ce type de problématique est en nette augmentation. Les cas de mélanomes agressifs connaissent une augmentation moyenne annuelle de plus de 5 %; ce n'est pas anodin, quand on sait que la conclusion la plus horrible à prendre en compte est 372 décès pour l'année 2011.

J'entends qu'il y a un certain nombre de responsabilités partagées. C'est parfois un peu compliqué dans notre État, mais nous l'avons voulu ainsi. Dans l'analyse qui a été faite, je suis interpellé par le fait que des gens risquent d'être victimes de ce type de cancer ou risquent de décéder, simplement par une désinformation ou une sous-information, par le manque de volonté de connaître la vérité ou en prenant le problème à la légère.

Je me dis qu'il y a un travail à faire en concertation avec les Communautés. Je sais que le ministre de l'Économie est responsable des bancs solaires. Sans avoir une compétence médicale, je crois que les bancs solaires ont une responsabilité dans ce problème. Même s'il y a des règles, un manque d'encadrement existe parfois.

07.04 Maggie De Block, ministre: On peut évaluer les règles, mais c'est au ministre de l'Économie de le faire.

07.05 André Frédéric (PS): Selon moi, la ministre de la Santé doit chapeauter le tout, car c'est un problème de santé publique. Vous pouvez, par exemple, organiser des échanges dans vos intercabinets mais il ne faut pas séparer les problématiques. C'est vrai que le ministre de l'Économie gère les bancs solaires mais, d'un autre côté, on déplore des décès. Je ne m'attaque pas au secteur en particulier. Il revient à chacun, en tant qu'adulte responsable, de gérer ses consommations, y compris celle-là. Mais alors, il faut que chacun connaisse les tenants et aboutissants et les risques encourus, surtout au vu des chiffres.

La **présidente:** Il est vrai qu'il faut faire la contre-publicité du bronzage!

07.06 Daniel Senesael (PS): (...)

La **présidente:** Je suis heureuse de vous entendre sur le DMG+.

07.07 Maggie De Block, ministre: Il y a des initiatives comme le *Melanoma Day*. Chaque année, au mois de mai, il y a un dépistage gratuit chez les dermatologues.

07.03 André Frédéric (PS): Er is dus een aanzienlijke toename van dit type van aandoeningen.

Ik vind het zorgwekkend dat mensen dreigen te overlijden doordat ze slecht of onvoldoende geïnformeerd zijn, of omdat ze de waarheid niet onder ogen willen zien.

Me dunkt dat dit in overleg met de Gemeenschappen moet worden aangepakt. Het toezicht op de zonnecentra is soms ontoereikend.

07.05 André Frédéric (PS): Ik denk dat de minister van Volksgezondheid op het geheel moet toezien, want het gaat hier over een volksgezondheidsprobleem.

07.07 Minister Maggie De Block: Er bestaan initiatieven, zoals Euromelanoma, waarbij de dermatologen elk jaar op de eerste maandag van mei een gratis screening aanbieden.

La **présidente**: On l'a organisé une ou deux fois au parlement. C'est un problème très important.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation des défibrillateurs automatiques" (n° 3724)

08 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van automatische defibrillatoren" (nr. 3724)

08.01 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, dans notre pays, 10 000 personnes meurent chaque année d'un arrêt cardiaque. Selon certaines études scientifiques, ce chiffre pourrait être considérablement diminué si ces personnes bénéficiaient d'une assistance médicale rapide. Les défibrillateurs externes automatiques (DEA) peuvent évidemment s'avérer être d'une importante utilité dans ce cadre. Situés dans des endroits publics, ces appareils sont, en effet, susceptibles de sauver la vie de personnes victimes d'un arrêt cardiaque. Ils sont donc accessibles et utilisables par la population. Pourtant, il semble que certains craignent encore d'utiliser ces défibrillateurs et qu'un travail de communication devrait être mené auprès du public pour les familiariser avec ces appareils si simples d'utilisation.

Madame la ministre, pouvez-vous nous donner une estimation du nombre de fois où les défibrillateurs automatiques présents dans les lieux publics de notre pays ont été utilisés? Estimez-vous qu'ils soient encore aujourd'hui sous-utilisés? Ne serait-il pas utile d'informer et de sensibiliser davantage la population concernant l'usage de ces appareils? L'utilisation de ces défibrillateurs par des non-professionnels de la santé en cas d'arrêt cardiaque repose sur des gestes simples. Il apparaît qu'une initiation courte et pratique serait de nature à augmenter le taux de survie des victimes. Une telle formation existe-t-elle dans notre pays? L'estimez-vous utile?

08.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, vous savez que c'est un sujet qui me tient à cœur. La réponse à votre dernière question concernant l'utilité se trouve dans l'historique des dossiers des défibrillateurs automatiques.

Comme vous le savez, l'arrêté royal de 2007 sur la mise à disposition des défibrillateurs au grand public est le résultat de travaux parlementaires au sein de cette commission. Notre collègue Yolande Avontroodt et moi-même avons à l'époque fait la suggestion d'également les mettre à la disposition de personnes non formées.

C'est grâce à l'arrêté royal de 2007 que toutes les ambulances de l'aide médicale urgente ont été équipées de défibrillateurs automatiques.

À ce jour, mon administration a enregistré plus de 5 500 défibrillateurs à disposition du grand public. Dans l'arrêté royal, il était aussi prévu que les propriétaires de défibrillateurs automatiques mettent à

08.01 **André Frédéric** (PS): In België overlijden er jaarlijks 10.000 mensen aan de gevolgen van een hartstilstand. Dat cijfer zou kunnen worden verminderd indien die personen onmiddellijk geholpen worden. De automatische externe defibrillators (AED's), die op openbare plaatsen worden aangebracht en door iedereen gebruikt kunnen worden, kunnen levens redden. Maar blijkbaar durven sommigen die nochtans gebruiksvriendelijke toestellen niet gebruiken.

Hoe vaak werden de op openbare plaatsen aangebrachte automatische defibrillators gebruikt? Zou de werking van die toestellen niet beter aan de bevolking moeten worden uitgelegd? Moet het gebruik ervan niet meer aangemoedigd worden? Bestaat er een opleiding voor het gebruik van defibrillatoren door niet-practitioners?

08.02 **Minister Maggie De Block**: Het koninklijk besluit van 2007 met betrekking tot de terbeschikkingstelling van AED's op een publieke plaats is de vrucht van de werkzaamheden van deze commissie. Destijds hebben we voorgesteld dat het gebruik niet zou worden voorbehouden aan opgeleide personen.

Alle ziekenwagens die worden gebruikt in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening werden uitgerust met een defibrillator. Er werden ruim 5.500 toestellen geregistreerd. De gegevens die bij het

disposition du SPF les données enregistrées lors de l'utilisation du défibrillateur automatique, mais les modalités de transmission de ces données n'ont jamais été définies. Mon administration ne possède donc pas de données d'utilisation et je ne peux pas répondre à votre première question.

En ce qui concerne la sensibilisation et la formation à l'utilisation des défibrillateurs automatiques, elles existent bel et bien et ont lieu de plusieurs manières. Elles sont organisées par des firmes privées, par la Croix-Rouge, les hôpitaux, les médecins du travail, les écoles - on a vraiment envie d'apprendre aux instituteurs et aux élèves à s'en servir -, idem dans des centres et clubs sportifs, dans les aéroports, enfin au personnel de tous les lieux où on peut retrouver un défibrillateur automatique; il y en a de plus en plus.

gebruik worden geregistreerd, moeten worden meegedeeld aan de FOD, maar de modaliteiten voor die informatiedoorstroming werden nooit vastgesteld.

Er wordt aan sensibilisering gedaan voor en een opleiding tot het gebruik van AED's georganiseerd door privéondernemingen, het Rode Kruis, ziekenhuizen en arbeidsgeneesheren, in scholen, sportclubs en luchthavens, en voor het personeel op alle plaatsen waar er een defibrillator aanwezig is.

08.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. C'est bien de pouvoir concrétiser des propositions quand on est parlementaire. Vous retiendrez qu'on peut avoir des propositions à concrétiser pour autant qu'on trouve l'aide de votre majorité. Mais c'est une autre histoire!

08.03 André Frédéric (PS): Als men de meerderheid aan zijn kant krijgt, kan men zijn voorstellen handen en voeten geven!

Je vois beaucoup de ces appareils dans les milieux associatifs, sportifs et autres. J'ai l'impression qu'ils sont présents mais que tout le monde les évite en se disant "pourvu que je ne doive pas l'utiliser". En effet, une majorité de gens sur le terrain ne savent pas le faire. Je sais, pour avoir suivi moi-même la formation, que c'est d'une grande simplicité. Encore faut-il faire la différence entre le geste qu'on pose...

Ik zie veel van die toestellen maar ik heb de indruk dat iedereen er met een boogje omheen loopt en stilletjes hoopt dat hij dat toestel nooit hoeft te gebruiken.

08.04 Maggie De Block, ministre: Il faut simplement suivre les instructions de la machine.

08.05 André Frédéric (PS): Oui, c'est très simple quand on est en situation de formation. Je ne sais pas si ma réaction affective, émotionnelle jouerait un rôle dans une situation d'urgence. C'est différent.

08.05 André Frédéric (PS): Men zou de formaliteiten inzake de gegevensoverdracht kunnen objectiveren teneinde na te gaan of die 5.500 toestellen voor iets anders dienen dan muurdecoratie.

Pour parfaire votre travail, vous pourriez voir dans quelle mesure on ne pourrait pas objectiver les formalités de transmission de données afin de savoir combien, sur les 5 500 appareils, ont été utilisés avec un effet positif. Il serait intéressant de savoir si ces appareils servent à autre chose qu'à décorer les murs!

08.06 Maggie De Block, ministre: Quand on a suivi la formation, on se sent plus à l'aise car il est vrai qu'il peut s'agir d'une situation de panique. Une personne se trouve par terre, que faut-il faire? Faut-il agir? Attendre? Les minutes sont pourtant très importantes et ne doivent pas être perdues. Il existe des formations partout.

08.06 Minister Maggie De Block: Wie de opleiding heeft gevolgd, weet beter wat hij moet doen, ondanks de paniek, en verliest geen kostbare minuten.

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

09 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences de la crise de la dioxine pour la santé" (n° 3747)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les substances toxiques dans la chaîne alimentaire" (n° 4081)

- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude de suivi relative aux conséquences de la crise de la dioxine" (n° 4098)

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de dioxinecrisis voor de gezondheid" (nr. 3747)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de giftige stoffen in de voedselketen" (nr. 4081)

- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolgstudie over de gevolgen van de dioxinecrisis" (nr. 4098)

La **présidente**: Mme Hufkens n'est pas présente pour poser sa question n° 4098.

09.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u hebt aan de Hoge Gezondheidsraad een advies gevraagd om een neutrale en objectieve analyse te bekomen van de studie van professor Nik Van Larebeke over de gevolgen van de dioxinecrisis.

Uit die studie blijkt dat er 20 000 extra kankergevallen zouden zijn bij vrouwen, 20 000 extra gevallen van diabetes en 24 000 bijkomende gevallen van hoge bloeddruk.

Niet iedereen in de wetenschappelijke wereld is het met die studie eens. Dat is echter niet echt de essentie. Waar het toe doet, is vooral wat wij kunnen doen om elk extra kanker geval te voorkomen, zeker wanneer dat een gevolg van de dioxinecrisis kan zijn.

Ik heb voor u dan ook de hiernavolgende vragen.

Welk beleid voert u om te voorkomen dat giftige stoffen zoals dioxine in onze voedselketen terecht komen?

Wij weten dat het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen dat daarop toeziet, onderbemand en "onderbevrouwd" is. Neemt u geen onnodige risico's op het vlak van de volksgezondheid door daar niet meer op in te zetten?

Zou het niet beter zijn het FAVV toch opnieuw onder de bevoegdheid van Volksgezondheid te brengen en niet onder Landbouw te laten? Dat zou het voorzorgsprincipe zeker geen kwaad doen.

Tot slot, wanneer mogen wij het advies van de Hoge Gezondheidsraad precies verwachten?

09.02 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, pour compléter la question de Mme Dedry, il est vrai qu'il est interpellant d'avoir une déclaration qui annonce autant de problèmes de santé, voire de risques de décès, et, à la fois, d'entendre d'autres professeurs, comme le Pr Bernard, dire que ces chiffres ne sont mathématiquement pas possibles et que ce sont des hypothèses émises en 2003. Le taux de dioxine diminue grâce aux mesures relatives aux normes de produit et à l'environnement. Cela prouve bien qu'elles sont utiles! On a supprimé toute une série de pesticides à base de chlore, les PCB, on a mis en règle les incinérateurs et on observe aujourd'hui une diminution du taux de dioxine, ce qui fait qu'il n'y a plus d'études. En Wallonie et à Bruxelles, en tout cas, le Pr Bernard a arrêté les études au vu de cette diminution. En Flandre, j'ignore si les études sont poursuivies.

09.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): D'après le Pr Van Larebeke, la crise de la dioxine a entraîné 20 000 cas supplémentaires de cancer chez les femmes, 20 000 cas supplémentaires de diabète et 24 000 cas supplémentaires d'hypertension. La ministre a demandé au Conseil Supérieur de la Santé de soumettre cette étude à une analyse objective, mais l'essentiel demeure surtout de prévenir tout nouveau cas de cancer.

Comment s'y prend-on pour éviter que des substances toxiques, comme la dioxine, parviennent dans la chaîne alimentaire? La ministre ne prend-elle pas de risques inutiles en ne recrutant pas de personnel supplémentaire pour l'AFSCA? Ne faudrait-il pas placer l'AFSCA sous la tutelle de la Santé publique au lieu de l'Agriculture, comme c'est le cas actuellement? Quand l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sera-t-il disponible?

09.02 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Het verbaast ons dat er iemand zulke hoge cijfers in verband met gezondheidsproblemen en zelfs overlijdensrisico's citeert terwijl anderen die cijfers betwisten met het argument dat het dioxinegehalte daalt. De maatregelen die ter zake genomen werden hebben hun nut bewezen. De chloorpesticiden en de pcb's werden verboden. Men heeft de verbrandingsovens aangepakt. Als gevolg van die daling heeft men,

Madame la ministre, il est intéressant d'avoir demandé au Conseil supérieur de la Santé de formuler les différents avis et les différentes études. J'aurais voulu savoir quel était l'objet de l'étude proposée au Conseil supérieur de la Santé. Quels sont les délais? Tenant compte du nombre de chercheurs, tous préoccupés par la cause santé, je me demande s'il ne serait pas intéressant d'organiser des symposiums ou des rencontres entre médecins et professeurs qui ont des analyses ou des études différentes et de faire le lien entre la santé et la transparence de la chaîne alimentaire, en ayant comme point de départ la santé.

09.03 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) a été créée en 1999, au cours de la décennie précédente, entre autres sur l'initiative de la ministre de la Santé publique de l'époque, Mme Magda Aelvoet, au lendemain de la crise de la dioxine qui est intervenue juste avant les élections.

Het doel was en is een geïntegreerde aanpak van voedselveiligheid te bekomen, van de riek tot de vork, zoals dat heet. Tot 2002 was het toezicht gefragmenteerd over Volksgezondheid met de Algemene Eetwareninspectie, het toenmalig nationaal ministerie van Landbouw en het Instituut voor Veterinaire Keuring, het IVK.

De dioxinecrisis heeft destijds het schrijnend gebrek aan coördinatie en samenwerking tussen die verschillende bevoegde diensten blootgelegd. Het is dan ook de verdienste van de toenmalige politiek verantwoordelijken om met de oprichting van het agentschap een gecoördineerd geheel te realiseren met integratie van het toezicht op alle elementen van de voedselketen, inbegrepen de dierenziekten en de fytosanitaire aspecten, zoals die genoemd worden. België was met dat initiatief op dat vlak trouwens een koploper in Europa.

Uw suggestie om het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen opnieuw onder te brengen bij de federale autoriteit inzake Volksgezondheid lijkt mij dan ook eerder een stap terug en tegen de filosofie van de creatie van een agentschap waar de diverse diensten beter konden samenwerken.

Voor uw concrete vragen over het personeelskader van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen en over de preventie van contaminatie van voedingsmiddelen door toxische stoffen, moet ik u verwijzen naar de bevoegde minister, mijn collega Willy Borsus.

althans in Wallonië en Brussel, geen studies meer uitgevoerd.

Wat wil men met dat onderzoek door de Hoge Gezondheidsraad bereiken? Zou het niet interessant zijn een symposium te organiseren met artsen en professoren die over die kwestie van mening verschillen?

09.03 Minister Maggie De Block: Het FAVV werd in 1999 in de nasleep van de dioxinecrisis opgericht.

L'objectif consiste à adopter une approche intégrée de la sécurité alimentaire. Jusqu'en 2002, la tutelle était partagée entre les départements de la Santé publique et de l'Agriculture avec, respectivement, l'Inspection générale des denrées alimentaires et l'Institut d'expertise vétérinaire. La crise de la dioxine a mis en évidence le manque de coordination et de collaboration entre ces divers services.

C'est pourquoi l'AFSCA a été créée dans le sillage de la crise de la dioxine. L'Agence assure le suivi de l'ensemble des éléments de la chaîne alimentaire, y compris des maladies animales et des aspects phytosanitaires. La Belgique a d'ailleurs fait figure de pionnière sur le plan européen dans ce domaine. Ramener l'AFSCA dans le giron de la Santé publique constituerait à mon avis un recul par rapport à la philosophie consistant à disposer d'une agence unique au sein de laquelle collaborent divers services. Je vous renvoie à M. Borsus pour les questions relatives au cadre du personnel de l'AFSCA et à la prévention des contaminations de denrées alimentaires par des substances toxiques.

Une question a été posée au Conseil supérieur de la Santé en ce qui

Er werd een vraag gesteld aan de

concerne les résultats de l'étude du groupe du Pr Van Larebeke de Gand sur l'impact tardif de l'exposition à la dioxine pour la santé. Le Conseil supérieur de la Santé a reçu la demande et rendra donc un avis. Nous n'avons pas encore de délai concret à ce sujet.

Hoge Gezondheidsraad in verband met het onderzoek van professor Van Larebeke over de gevolgen na verloop van tijd van blootstelling aan dioxine. We weten niet wanneer het antwoord zal volgen.

09.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, uw antwoorden zijn duidelijk. Ik deel alleen niet uw mening dat het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen nu beter af is dan toen het onder Volksgezondheid viel, omdat ik denk dat men daar toch veel beter het voorzorgsprincipe kan behartigen zonder dat er andere belangen, bijvoorbeeld van de landbouw, meespelen.

09.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Je pense que l'AFSCA devrait plutôt relever de la compétence de la Santé publique, car il est moins aisé de défendre le principe de précaution lorsque d'autres intérêts sont à prendre en compte, comme ceux de l'agriculture.

09.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, le Conseil supérieur de la Santé n'est donc chargé que d'examiner les résultats de l'étude menée par l'équipe du Pr Nik Van Larebeke et non de croiser ces résultats avec d'autres études ou recherches ayant abouti à d'autres résultats.

09.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): De Hoge Gezondheidsraad heeft dus enkel de opdracht de resultaten van het onderzoek van professor Van Larebeke te bekijken en moet deze resultaten niet vergelijken met andere studies of ander onderzoek.

09.06 Maggie De Block, ministre: Je vais les interroger sur leur méthodologie. J'ai demandé un avis sur les possibles effets tardifs mentionnés dans l'étude du Pr Van Larebeke. Il me semble évident qu'ils vont procéder à des recherches afin de vérifier si d'autres études ont été ou non effectuées sur le sujet.

09.06 Minister Maggie De Block: Ik zal vragen welke methode de Hoge Gezondheidsraad toepast. Ik heb een advies gevraagd over de mogelijke effecten op langere termijn die in het onderzoek van professor Van Larebeke vermeld worden.

09.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Selon moi, il serait intéressant de leur demander d'analyser les différentes études effectuées car leur angle d'approche et les critères retenus divergeaient peut-être. Il n'est donc pas ici uniquement question d'un avis sur l'étude du Pr Van Larebeke, mais bien des différentes études menées sur le sujet. Il s'agit de relever les nouveaux éléments qui y sont avancés, d'examiner si des données se croisent ou non. En résumé, il serait peut-être opportun de leur demander des compléments d'informations quant à leur manière de procéder.

09.08 Maggie De Block, ministre: Ils n'ont pas pour habitude de travailler à moitié! Mais je vais m'en assurer.

09.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je vous en remercie, madame la ministre.

*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 suppléments facturés par des médecins conventionnés" (n° 3775)

10 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de

door geconventioneerde artsen aangerekende ereloonsupplementen" (nr. 3775)

10.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, comme nous le savons, notre réglementation en matière de conventionnement des prestataires de soins garantit au patient une protection importante qui lui évite de mauvaises surprises financières. D'une part, les médecins conventionnés ou partiellement conventionnés pratiquent les honoraires prévus par la convention médico-mutualiste ou les pratiquent certains jours et à certaines heures. Le patient doit alors uniquement payer le ticket modérateur. Près de 84 % des médecins ont ainsi adhéré à l'accord de 2015 et appliqueront des tarifs conventionnés.

D'autre part, les médecins non conventionnés fixent les honoraires qu'ils souhaitent ou réclament au patient des suppléments au-delà de l'accord médico-mutualiste.

Pourtant, selon des enquêtes effectuées par *Test-Achats*, il apparaît qu'un médecin conventionné sur sept facture des suppléments. Toujours selon *Test-Achats*, le supplément moyen s'élève à 4,6 euros et le patient payerait donc de sa poche 10,6 euros au lieu de 6 euros, presque deux fois le ticket modérateur.

En outre, il semble que de nombreux médecins n'informent toujours pas les patients de leur statut de conventionnement et des tarifs qui y sont liés, alors qu'il s'agit d'une obligation légale.

Pourriez-vous confirmer les chiffres communiqués par *Test-Achats*? Estimez-vous nécessaire d'agir rapidement pour mettre fin à ces pratiques illégales? Si oui, quelles nouvelles initiatives envisagez-vous de prendre? Si ces pratiques sont effectivement constatées, par qui, auprès de qui, et comment peuvent-elles être dénoncées? Des sanctions peuvent-elles être appliquées aux médecins concernés? De telles sanctions ont-elles déjà été appliquées par le passé?

Pouvez-vous nous dire combien de médecins respectent-ils l'obligation légale concernant l'affichage de leur statut de conventionnement dans leur cabinet? Existe-t-il une étude récente sur le sujet? Des contrôles sont-ils effectués par l'INAMI dans ce cadre? Quelles mesures nouvelles comptez-vous prendre pour améliorer la situation en matière de transparence du statut de conventionnement et permettre ainsi une information correcte de tous les patients?

Il est possible de connaître le statut de conventionnement des prestataires de soins grâce à un module de recherche élaboré par l'INAMI. N'estimez-vous pas nécessaire d'en améliorer la visibilité et le fonctionnement afin de le rendre plus facile d'utilisation?

10.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, tout d'abord, nous ne pouvons ni infirmer ni confirmer les chiffres communiqués par *Test-Achats*. L'accord national médico-mutualiste du 22 décembre 2014 prévoit que l'application de la loi dite de transparence doit éviter au maximum une surcharge administrative du médecin, tout en sécurisant le patient sur le montant à payer. Il prévoit également la possibilité de fixer les modalités pour l'attestation de supplément pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et des tests génétiques afin d'éviter les surprises désagréables aux patients.

10.01 Daniel Senesael (PS): Dankzij onze regelgeving inzake de conventionering van zorgverleners komt de patiënt niet voor onaangename financiële verrassingen te staan. Bijna 84 procent van de artsen heeft het akkoord artsen-ziekenfondsen 2015 onderschreven en past de vastgestelde tarieven toe. Volgens Test-Aankoop rekent een op de zeven geconventioneerde artsen toch ereloonsupplementen aan. Tal van artsen informeren de patiënt niet over hun conventiestatus en de daaraan gekoppelde tarieven, terwijl dat wettelijk verplicht is.

Bevestigt u die cijfers? Hoe zal u paal en perk stellen aan die praktijken? Door wie en bij wie kunnen ze gemeld worden? Weet men hoeveel artsen de informatieplicht aangaande hun conventiestatus nakomen? Welke initiatieven zal u nemen om ervoor te zorgen dat de patiënten correct geïnformeerd worden?

Het is mogelijk om via een webapplicatie van het RIZIV de conventiestatus van de arts na te gaan. Kan men die applicatie niet beter bekend en gebruiksvriendelijker maken?

10.02 Minister Maggie De Block: Ik kan de cijfers van Test-Aankoop niet bevestigen of ontkrachten. Het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van december 2014 bepaalt dat de toepassing van de zogenaamde transparantiewet de administratieve rompslomp voor de arts moet beperken en er tegelijk moet voor zorgen dat de patiënt weet hoeveel hij zal

Le service d'évaluation et de contrôles médicaux et le service du contrôle administratif de l'INAMI sont compétents pour constater les infractions. En cas de constat d'infraction par le service d'évaluation et de contrôles médicaux, celui-ci adresse un avertissement aux dispensateurs de soins ou transmet le procès-verbal de constat au service du contrôle administratif pour le traitement du dossier. C'est le fonctionnaire dirigeant du service de contrôle administratif qui a la compétence pour prononcer une mesure administrative.

Il y a une amende administrative qui ne peut être supérieure, selon le Code pénal social, à 250 euros. Des décimes additionnels sont également applicables aux amendes administratives visées dans le Code pénal social. L'amende administrative maximale prévue par le Code pénal social s'élève donc à six fois 250 euros, soit 1 500 euros. Un recours contre cette décision peut être introduit au tribunal du travail.

Aucune enquête systématique n'a été effectuée concernant l'obligation d'affichage. Toutefois, la vérification de cette obligation est faite lors des contacts ponctuels avec les prestataires pour d'autres raisons. Suite à cela, le service a déjà dressé des avertissements vis-à-vis des dispensateurs de soins.

L'INAMI a mis en ligne depuis quelques mois, sur son nouveau site internet, un module de recherche permettant d'obtenir des informations sur les prestataires de soins, en particulier concernant leur statut de conventionnement.

Comme ce module s'adresse à chaque citoyen, il importe que son accès soit aisé. Des modifications ont déjà été apportées à cette application depuis sa création. C'est un travail continu dont le but est de diminuer la complexité du moteur de recherche.

D'autres améliorations sont en cours. En effet, l'INAMI développe actuellement un nouveau module dans l'application existante MyInami, application qui permettra aux médecins de communiquer en ligne leur statut de conventionnement et le détail des données éventuelles de conventionnement partiel.

Les données récoltées via ce module, dont la mise à disposition est prévue pour début 2016, permettront de compléter le contenu du moteur de recherche. "Rechercher un dispensateur de soins": cet apport en termes de contenu au moteur de recherche s'accompagnera d'une optimisation de la visibilité et de son fonctionnement.

Comme je l'ai dit à Mme Detiège, c'est aussi le patient qui a la possibilité de chercher des informations avant de se rendre chez le médecin, car quand il se trouve déjà dans la salle d'attente, il y reste dans la plupart des cas.

La **présidente**: Neuf citoyens sur dix ignorent qu'il y a des médecins conventionnés et non conventionnés. Il faudrait faire une étude en la matière, mais ...

10.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je dois quand même avouer que je ne suis pas persuadé de votre volonté farouche de faire la totale clarté sur cette

moeten bepalen. Het akkoord bepaalt voorts dat er een regeling zal worden uitgewerkt in verband met het aanrekenen van supplementen, om te vermijden dat patiënten voor onaangename verrassingen komen te staan.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV zijn bevoegd voor het vaststellen van inbreuken. De leidend ambtenaar van die laatste dienst kan administratieve maatregelen opleggen. Het Sociaal Strafwetboek voorziet in een maximumboete van 1.500 euro. Er kan beroep worden aangetekend voor de arbeidsrechtbank.

Er wordt geen onderzoek gevoerd naar de inachtneming van de verplichte affichering van het conventiestatuut. De controle daarop wordt uitgevoerd tijdens sporadische contacten met de zorgverleners. De dienst heeft in dat verband al waarschuwingen gericht aan de zorgverleners. Het RIZIV biedt op zijn website een module aan waarmee men kan nagaan of een zorgverlener al dan niet geconventioneerd is.

Die toepassing werd aangepast om het gebruik ervan te vereenvoudigen. Het RIZIV wil tegen begin 2016 een nieuwe module ontwikkelen die artsen zal toelaten online hun conventie-status en – in geval van een gedeeltelijke conventionering – meer details mee te delen. Het is aan de patiënt om zich te informeren alvorens hij bij de arts gaat.

10.03 Daniel Senesael (PS): Ik ben niet overtuigd van uw bereidheid om in deze materie

matière.

Je poserai d'ailleurs une question écrite pour connaître certains chiffres, car vous parlez de certains avertissements, vous parlez de chiffres de contrôle, mais vous ne les citez pas.

Madame la présidente, le patient peut s'informer, mais tous n'ont pas la faculté intellectuelle de s'informer, ne connaissent pas la manière de le faire pas plus que le type de conventionnement. Il y a nécessité d'information en la matière.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek naar de praktijken van de 'ONE'" (nr. 3833)

11 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête sur les pratiques de l'ONE" (n° 3833)

11.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, uit een vraag die de heer Mathot in de commissie heeft gesteld en uit het jaarrapport zou blijken dat het Waalse Office de la Naissance et de l'Enfance, het ONE, onrechtmatig prestaties aan het RIZIV aanrekent. Het ONE is net zoals Kind en Gezin verantwoordelijk voor preventieve gezinsondersteuning van jonge ouders en hun kinderen. Dat is sinds de bijzondere wet van 8 augustus 1980 al een deelstaatbevoegdheid.

Bovendien is het expliciet bij wet verboden dat instellingen van openbaar nut – waaronder het ONE valt als organisatie van de Franse Gemeenschap – RIZIV-terugbetalingen vorderen. Dat is bepaald in artikel 22, § 11, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994 en artikel 2 van de verordening van 28 juli 2003, die invulling geeft aan de wet uit 1994.

Wat is precies de werkwijze van het ONE? Wat is de doelgroep en het aanbod? Waarin verschilt die van Kind en Gezin? Hoeveel consultaties voeren beide instellingen jaarlijks uit?

Hoeveel personeel is er tewerkgesteld en verbonden aan de instellingen?

Waar komen de inkomsten vandaan en hoeveel bedragen die voor de beide instellingen?

Waar komt het verschil in het aantal prenatale consultaties tussen het ONE en Kind en Gezin vandaan?

Klopt het dat het ONE een instelling van openbaar nut is, zoals geafficheerd op hun website, die aan preventieve gezinsondersteuning doet en die dus in geen geval RIZIV-terugbetalingen mag vorderen?

Als minister moet u waken over de toepassing van de wet inzake de terugbetalingen. Hebt u een onderzoek door het RIZIV laten uitvoeren? Wat waren de resultaten? Werd hierover al met de deelstaten en op de Ministerraad overlegd? Wat is uit dat overleg geconcludeerd?

klaarheid te scheppen. Ik zal een schriftelijke vraag indienen om nadere gegevens te verkrijgen. Niet alle patiënten zijn zich bewust van de noodzaak en de mogelijkheid om zich te informeren, en niet iedereen kent de diverse soorten conventie-statussen.

11.01 Yoleen Van Camp (N-VA): L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) facturerait illégalement certaines consultations à l'INAMI. Les organismes d'intérêt public tels que l'ONE n'ont pas le droit de se faire rembourser des consultations par l'INAMI.

Comment procède exactement l'ONE? En quoi agit-il différemment de son pendant flamand *Kind en Gezin*? Combien de consultations ces deux organismes effectuent-ils chaque année? Combien de collaborateurs emploient-ils? D'où proviennent les recettes de ces deux organismes et à combien se montent-elles globalement? D'où provient la différence entre le nombre de consultations prénatales de l'ONE et de *Kind en Gezin*? Est-il exact que l'ONE est un organisme d'utilité publique et qu'il ne peut en aucun cas se faire rembourser par l'INAMI? La ministre a-t-elle déjà mandaté une enquête au sujet de l'ONE?

Est-il vrai que l'ONE fait de la publicité pour les consultations en milieu hospitalier, qu'il facture ensuite à l'INAMI? Est-ce illégal? Est-il exact que l'ONE rembourse aux jeunes familles le ticket modérateur des consultations prénatales et qu'il facture ensuite

Klopt het dat het ONE reclame maakt voor de consultaties in de ziekenhuizen, die dan aan het RIZIV worden aangerekend? Is dat onwettig?

Klopt het dat het ONE het remgeld van de prestaties aan de jonge gezinnen vergoedt en de rest van de prestatie aan het RIZIV wordt aangerekend? Kunt u bevestigen dat ook dat onwettig is? Is dat in het verleden al gebeurd? Hoe lang is dat al aan de gang? Over hoeveel consultaties gaat het in totaal? Welke prestaties betreft het precies? Hoeveel werd er in totaal al aan het RIZIV aangerekend?

Zal dat bedrag worden teruggevorderd? Over hoeveel jaar? Over welke som gaat het? Wordt een bijkomende boete opgelegd?

Welke maatregelen worden genomen om dergelijke praktijken in de toekomst onmogelijk te maken?

11.02 Minister **Maggie De Block**: U merkt dat een vraag van een Kamerlid veel inspiratie verschaft voor een vraag van een ander Kamerlid. Dat is een variatie op het thema van samengevoegde vragen.

Mevrouw Van Camp, in het antwoord op de vraag van collega Mathot werd geconcludeerd dat het eigenlijk onduidelijk is of de werkwijze van het ONE om prenatale consultaties georganiseerd in het ziekenhuismilieu, aan te rekenen – werkwijze die mij toen uitvoerig is uitgelegd – wel conform de wetgeving was. Om hierover duidelijkheid te scheppen, heb ik onmiddellijk de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV gevraagd om hiernaar een onderzoek te starten. Dat onderzoek is nog niet afgerond.

Uit de nu beschikbare gegevens blijkt dat de preventie inzake prenatale zorg via Kind en Gezin en het Office de la Naissance et de l'Enfance in Vlaanderen en Wallonië op uiteenlopende manier is georganiseerd.

In Vlaanderen richt Kind en Gezin zich vooral op kwetsbare zwangeren. In 2011 vonden 358 consultaties plaats. ONE richt zich dan weer tot de volledige populatie. ONE organiseert die consultaties op twee verschillende manieren.

Ten eerste gebeurt dat in centra van ONE zelf, waar ruim 7 500 consultaties werden georganiseerd. Dat is veel meer dan in Vlaanderen.

Ten tweede worden er ook prenatale consultaties in het ziekenhuis aangeboden. In het ziekenhuis zijn er jaarlijks ruim 90 000 consultaties.

In de ziekenhuizen gebeurt de betaling van de prestaties op basis van het RIZIV-tarief. Het ONE voorziet in een subsidie voor het ziekenhuis, minstens ten belope van het remgeld, voor de kosten van het secretariaat, de organisatie en de begeleiding door medico-sociale assistenten.

Buiten de ziekenhuizen worden de prestaties van de gynaecologen integraal vergoed door het ONE. Dat is dus in de eigen centra. De

le reste de la prestation à l'INAMI? Est-ce illégal? Depuis combien de temps agit-il de la sorte et à combien s'élèvent les prestations concernées? Va-t-on lui réclamer la totalité de ces sommes? Une amende lui sera-t-elle infligée? Quelles seront les mesures prises pour éviter que de telles pratiques se répètent à l'avenir?

11.02 **Maggie De Block**, ministre: L'illégalité des pratiques de l'ONE n'était pas claire. Pour faire toute la lumière à ce sujet, j'ai demandé au Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI d'ouvrir une enquête. Celle-ci durera quelques mois.

Il ressort des données disponibles que la prévention en matière de soins prénataux n'est pas organisée de la même manière au nord et au sud du pays. *Kind en Gezin*, qui cible surtout les grossesses à problèmes, a donné 358 consultations en 2011. L'ONE, qui s'adresse à l'ensemble de la population, a donné plus de 7 500 consultations la même année. Par ailleurs, il offre chaque année quelque 90 000 consultations prénatales en milieu hospitalier. Le paiement des prestations à l'hôpital a lieu sur la base du tarif INAMI avec un subside de l'ONE pour le ticket modérateur, les frais de secrétariat, l'organisation et l'accompagnement par les assistantes médico-sociales. Dans leurs propres centres, les prestations des gynécologues sont intégralement remboursées par l'ONE. Quant aux prestations des sages-femmes et aux prestations médicales générales, elles sont remboursées par une imputation à l'INAMI.

J'ai constaté avec étonnement que

prestaties van de vroedvrouwen en van de algemene geneeskundige worden vergoed via aanrekening aan het RIZIV.

De uitvoering van het onderzoek van de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV zal meerdere maanden vergen, heeft men mij gezegd, aangezien ik een onderzoek heb gevraagd dat teruggaat tot het wijzigen van de wet en de bevoegdheid.

U begrijpt dat ik niet kan communiceren over een lopend onderzoek. Ik heb daarover ook nog geen enkel bericht ontvangen, alleen dat het een groot werk is en dat het meerdere maanden zal duren.

Ik stel alleen tot mijn verwondering vast dat na het antwoord op de vraag van collega Mathot, hier in de commissie, de tekst betreffende het uitsluitend preventief en gratis karakter van de consultaties al werd verwijderd op de website van het ONE.

11.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Voor onze fractie is dat een duidelijke aanwijzing dat er iets niet koosjer is. Wij dringen er echt op aan dat het onderzoek wordt uitgevoerd. Ik zal het ook opvolgen. Over een paar maanden mag u daarover opnieuw vragen van mij verwachten.

Ik heb zelf de werking van de beide organen geverifieerd. Wat u zegt, klopt volledig: de postnatale begeleiding wordt door het ONE aangeboden en betaald, analoog met de werking van Kind en Gezin. Ik wil daarbij opmerken dat wij hier ook postnatale begeleiding doen en dat het verschil zit in de prenatale begeleiding, die om de een of andere reden naar de ziekenhuizen gaat en aan het RIZIV wordt aangerekend. Als dat zo is, dan is het heel duidelijk dat er illegale zaken gebeuren.

Onze fractie zal erop aandringen dat die zaak onderzocht wordt en dat er een gepaste actie tegen wordt ondernomen.

La présidente: Nous prendrons donc connaissance de cette enquête.

11.04 Maggie De Block, ministre: Cela représente un énorme travail pour mes services. Il faut leur laisser le temps de vérifier.

depuis la question de M. Mathot à ce sujet, le texte sur le caractère exclusivement préventif et gratuit des consultations a déjà été retiré du site internet de l'ONE.

11.03 Yoleen Van Camp (N-VA): J'attends le résultat de l'enquête. Pratiquer l'accompagnement prénatal par le biais de l'INAMI est illégal. Nous attendons une réaction adéquate.

11.04 Minister Maggie De Block: Dat is enorm veel werk voor mijn diensten, en dat zal tijd vergen!

Men moet het onderzoek tijd geven, ik kan niet vragen om alles te onderzoeken tegen een bepaalde deadline.

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

12 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zomertijd en de wintertijd" (nr. 3866)

12 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'heure d'été et l'heure d'hiver" (n° 3866)

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ondertussen is het alweer een tijdje verstreken: 28 maart 2015 werd de klok alweer een uur vooruitgedraaid.

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Plusieurs études scientifiques pointent les problèmes de santé liés au changement d'heure saisonnier. Dans la semaine qui suit le changement d'heure, l'IBSR

Uit een peiling destijds van radio 1 is gebleken dat van de 82 000 ondervraagde respondenten zowat 75 % tegen de

uuromschakeling gekant was.

Objectief en vanuit medisch standpunt brengt een uurwisseling ook negatieve gevolgen met zich: een uur minder slaap, een verstoord biologisch ritme, waarmee ook veel baby's kampen, verwarring, niet alleen bij beginnende dementerenden of bij dementerenden, maar ook het moeten herinstellen van medicatiepompen, verwarring over het tijdstip van inname van de medicatie en dus lagere therapietrouw.

Verskillende recente wetenschappelijke studies hebben de negatieve gevolgen geobjectiveerd, waaronder in tijdschriften aangetoonde effecten op de kwaliteit van de slaapcyclus en de prevalentie van acuut myocard infarct. In een ander wetenschappelijk tijdschrift werd ook het effect op de incidentie van ongevallen door slaapgebrek aangetoond. Het is geweten dat slaaptekort tot een toenemend risico op diabetes en stresshormonen leidt.

Mijn collega in het Europees Parlement, Frieda Brepoels, stelde destijds daarom de vraag naar plannen om de uurwisseling te schrappen. Het antwoord dat de heer Kallas haar namens de Europese Commissie gaf, luidde dat in 2007 een verslag was uitgebracht over de gevolgen van de richtlijn op de volksgezondheid en de verkeersveiligheid, waaruit destijds werd geconcludeerd dat de uurwissel geen aanleiding tot bezorgdheid geeft.

Nochtans stelt ook het BIVV jaar na jaar vast dat de week na de omschakeling meer ongevallen optreden dan de week voor de omschakeling. In *Het Laatste Nieuws* werd expliciet de link gelegd met de omschakeling zelf.

Geen enkele lidstaat zou hebben gevraagd de regeling aan te passen. Dat was volgens de Europese Commissie dan ook de reden waarom de maatregel niet werd herbekeken. Ook de opiniepeilingen legde de Europese Commissie naast zich neer en deed ze aldus af als niet altijd even representatief.

De Europese Commissie geeft wel toe dat er toen al weinig onderzoek naar de effecten van de uurwissel werd gedaan en nu wordt gedaan.

Wij zijn nu een aantal jaar later. De medische gevolgen van het abrupt omschakelen van het uur indachtig, vraag ik u dan ook het volgende.

Ten eerste, bent u op de hoogte van mogelijke kwalijke medische gevolgen van een uurwissel?

Welke studies werden al verricht? Welke gevolgen werden daarin onderzocht?

Welke graad van evidentie is er voor welke gevolgen?

Ten tweede, is het onderwerp in gesprekken met uw collega's uit andere lidstaten al ter sprake gekomen?

12.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Camp, de omschakeling van wintertijd naar zomertijd is al een tijdje het voorwerp van controverse, namelijk sedert de negentiende eeuw, vooral wanneer het gaat over al dan niet kwalijke effecten op

enregistre également une hausse des accidents de la route. À une question de la parlementaire européenne Brepoels, le Commissaire européen estonien M. Kallas avait à l'époque répondu qu'un rapport de 2007 démontrait qu'il n'y avait aucune raison de s'inquiéter à propos du changement d'heure. À ce jour, aucun État membre n'a réclamé la suppression de cette disposition.

La ministre est-elle informée de l'incidence du changement d'heure saisonnier sur la santé? Quelles sont les études déjà réalisées à ce sujet? Une éventuelle suppression du changement d'heure a-t-elle déjà été évoquée à l'échelon européen?

12.02 **Maggie De Block**, ministre: L'incidence du changement d'heure a déjà fait l'objet de nombreuses études.

de gezondheid, het slaappatroon, concentratiestoornissen en verkeersongevallen.

Er is in het verleden al veel onderzoek gedaan. Gelet op de vaststelling van Europees commissaris Kallas toen, acht ik het op dit ogenblik niet prioritair om epidemiologische of analytische onderzoekopdrachten te geven aan het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid of aan de Hoge Gezondheidsraad.

Op het moment beweegt er ter zake niets op Europees vlak. Niemand overweegt een beleidswijziging ten aanzien van de uurwisseling.

Om dat Europees aan te kaarten hebt u een vertegenwoordigster in het Europees Parlement, mevrouw Helga Stevens die in het verleden nogal begaan was met onderwerpen inzake volksgezondheid. Misschien kan zij dat eens aankaarten.

Ik heb daar nog niemand iets over horen zeggen. Ik zal er nu attent voor zijn. Eventueel wil ik het wel eens aankaarten, als het past bij de onderwerpen die worden aangesneden. Op dit ogenblik is het om het zo te zeggen windstil in Europa wat dat betreft.

12.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik maak mij de bedenking of dat niet zo is omdat iedereen wacht op iedereen. Als niemand het prioritair vindt en niemand bijkomend onderzoek vraagt of de problematiek aankaart, gebeurt er natuurlijk nooit iets. Ik meen dat dit nu het gegeven is.

Mijn collega heeft de vraag al gesteld op Europees vlak maar ze heeft daar bot gevangen. Ik zal mijn collega zeker aansporen om daar nieuwe vragen over in te dienen.

Ik meen echter dat u als minister ook actie kunt ondernemen. Als er meer signalen komen zullen uw collega's misschien meer geneigd zijn om ook problemen te signaleren. Dan kan deze regel op Europees niveau eens kritisch bekeken worden.

12.04 Minister Maggie De Block: U moet weten dat er een agenda is die op voorhand wordt vastgelegd. Als wij bijvoorbeeld de maatregelen inzake ebola bespreken, kan ik daar moeilijk de uurwisseling gaan aankaarten. Het moet dus het gepaste moment zijn om dat aan te kaarten. Men moet binnen de agenda en binnen de toegestane 3 minuten blijven. Men beschikt dus over 3 minuten om een punt te maken. Dat is een oefening waar men steeds beter in wordt en het beste in is aan het einde van het mandaat. Het moet dus gepast zijn.

De agenda werd nu sowieso al overhoop gehaald door de ebolacrisis. Die is midden in het voorzitterschap gevallen. Dat waren echt urgente zaken die heel veel van onze tijd in beslag hebben genomen. Wat niet is kan nog komen maar het moet wel in de agenda passen. Die agenda krijgen wij doorgestuurd en moeten wij volgen. Men kan daar weinig buiten de agenda om gaan.

Gelet op de onderwerpen die al werden aangesneden op Europees niveau, kan dit voor mij ter sprake komen, maar ik vind het niet prioritair. Wij hebben ook niet het recht om zoiets te agenderen als er heel urgente zaken, zoals ebola, aan de orde zijn.

Compte tenu du constat établi par le Commissaire européen M. Kallas, je considère que ce thème ne fait pas partie des études prioritaires à réaliser par l'Institut Scientifique de Santé Publique ou par le Conseil Supérieur de la Santé.

Le passage à l'heure d'été ou à l'heure d'hiver n'est pas à l'ordre du jour pour le moment à l'échelon européen. Un parlementaire européen pourrait l'y faire inscrire. Je peux aussi demander moi-même qu'on aborde ce thème à condition qu'il puisse trouver sa place dans l'ordre du jour de la réunion.

12.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Si tout le monde attend que quelqu'un agisse et si personne n'accorde vraiment la priorité à ce thème, il ne se passera jamais rien. J'en parlerai à mon collègue au Parlement européen mais cela honorerait la ministre si elle faisait une démarche elle-même.

12.04 Maggie De Block, ministre: L'ordre du jour d'un sommet européen est fixé à l'avance. Si l'ordre du jour prévoit une discussion à propos des mesures anti-ebola, je peux difficilement aborder le thème de l'heure d'été et de l'heure d'hiver.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

13 Question de M. Paul-Olivier Delannois au vice-premier ministre et ministre de l'Emploi, de l'Économie et des Consommateurs, chargé du Commerce extérieur, sur "la publicité faite pour le tabac dans les magasins de nuit et de jour d'alimentation générale" (n° 3872)

13 Vraag van de heer Paul-Olivier Delannois aan de vice-eersteminister en minister van Werk, Economie en Consumenten, belast met Buitenlandse Handel, over "de tabaksreclame in voedingswinkels, zowel dag- als nachtwinkels" (nr. 3872)

13.01 Paul-Olivier Delannois (PS): Madame la présidente, madame la ministre, initialement, j'avais adressé cette question à M. Peeters mais il vous a renvoyé la patate chaude. Je viens vous faire part d'une situation problématique que chaque ville de Belgique rencontre. Il s'agit de la publicité pour le tabac faite par les magasins de jour et de nuit d'alimentation générale. Je ne vise évidemment pas ici le petit commerçant mais de nombreux commerces qui mettent en vitrine toute une série de paquets de cigarettes.

On peut en effet constater que, dans presque chaque établissement, les produits de tabac sont exposés dans la vitrine de manière tout à fait excessive. Ils recouvrent parfois presque l'entièreté de la vitrine. Je vous invite, quand vous le désirez, à venir voir la situation à Tournai qui est tout à fait révélatrice de ce problème.

Au regard de la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs, on constate qu'il est "interdit de faire de la publicité pour et du parrainage par le tabac, les produits à base de tabac et les boissons alcoolisées". Cette même loi dit: "Est considérée comme publicité et parrainage, toute communication ou action qui vise, directement ou indirectement, à promouvoir la vente, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés".

Si l'on considère cette loi, il est clair que l'exposition démesurée de produits de tabac dans les vitrines de ces magasins, qui ne sont ni des magasins de tabac, ni des marchands de journaux, n'est pas autorisée. Pourtant, elle existe.

Madame la ministre, pouvez-vous m'informer sur les contrôles effectués par le SPF Économie, ainsi que sur des sanctions éventuelles? Le cas échéant, ne serait-il pas utile de lancer une campagne de contrôles concernant une problématique largement présente dans nos différentes communes?

13.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Delannois, je tiens tout d'abord à signaler que votre question fait l'objet de contrôles menés par le service d'inspection Tabac et Alcool du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Elle ne relève donc pas de la compétence du Service public fédéral Économie.

Comme vous le rappelez, à juste titre, la publicité pour le tabac est interdite et cette interdiction n'a que quelques exceptions. Ainsi, les commerces de journaux et de tabac sont autorisés à apposer des affiches dans leurs locaux. En revanche, les commerces ordinaires comme les épiciers ou les *nights shops* ne sont pas autorisés à faire de la publicité pour le tabac.

13.01 Paul-Olivier Delannois (PS): In heel wat voedingswinkels wordt er tabaksreclame gemaakt door de uitbaters die grote hoeveelheden sigarettenpakjes in de etalage leggen.

Volgens de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de gebruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten is de overmatige uitstalling van tabaksproducten in de etalages van die winkels, die geen tabaks- of krantenwinkels zijn, verboden.

Welke controles voert de FOD Economie uit en welke sancties kunnen er worden opgelegd? Zou het eventueel niet zinvol zijn een controlecampagne op te zetten?

13.02 Minister Maggie De Block: Die controles worden uitgevoerd door de inspectiedienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid. Die materie valt niet onder de bevoegdheid van de FOD Economie.

De overmatige uitstalling van tabaksproducten – buiten tabaks- en krantenwinkels – kan inderdaad als reclame worden beschouwd. De minimumboete bedraagt

De ce point de vue, l'exposition exagérée de produits de tabac peut effectivement aussi être considérée comme de la publicité. Les peines prévues pour de telles infractions ne sont pas négligeables. L'amende administrative minimale que le fonctionnaire dirigeant peut infliger s'élève à 10 000 euros, un montant qu'il faut majorer des décimes additionnels. En pratique, l'amende minimale s'élève donc à 60 000 euros.

Le contrôle de cette interdiction de publicité pour le tabac fait partie des missions essentielles du service d'inspection Tabac et Alcool.

Plusieurs procès-verbaux ont été dressés, suite au placement d'affiches sur les façades latérales, la remise de cadeaux à l'achat de produits de tabac, la vente de *duopacks* au prix avantageux, l'aménagement d'une boutique de bandes dessinées aux couleurs d'une marque de tabac connue. Vous vous souvenez peut-être du procès qui a eu lieu suite à un tel aménagement.

Je souhaite encore ajouter que mes services attendent le jugement que le tribunal rendra bientôt dans une affaire dans le cadre de laquelle ils ont établi un procès-verbal suite à l'usage de techniques spéciales de présentation, comme, par exemple, un éclairage LED dans une armoire contenant des produits de tabac, des affiches indiquant le prix et la quantité, la présence de présentoirs sur le comptoir. Ce jugement permettra de clarifier les choses concernant l'usage de certaines techniques publicitaires.

Le service d'inspection Tabac et Alcool en informera ensuite le secteur par le biais des principales organisations sectorielles. Cette initiative sera suivie d'une nouvelle vague de contrôles intensifs dans les commerces.

13.03 Paul-Olivier Delannois (PS): Madame la ministre, vous avez parlé de sanction. Mais je n'ai pas compris qui pouvait prendre ce genre de sanction.

Par ailleurs, pour ce qui concerne le jugement auquel vous avez fait référence, savez-vous plus ou moins quand il sera rendu?

13.04 Maggie De Block, ministre: Non.

13.05 Paul-Olivier Delannois (PS): Et qui peut prendre la sanction?

13.06 Maggie De Block, ministre: Le service d'inspection Tabac et Alcool.

13.07 Paul-Olivier Delannois (PS): Madame la ministre, vous avez fait état de toute une série d'amendes qui peuvent être données. Vous avez cité des chiffres assez impressionnants. Je dois d'ailleurs vous dire que j'ai été heureux lorsque vous les avez portés à notre connaissance. Mais sur le terrain, on peut se rendre compte qu'elles ne font pas nécessairement très peur.

60.000 euro.

Er werden verscheidene processen-verbaal opgemaakt wegens andere praktijken die werden aangewend om de wet te omzeilen.

Mijn diensten wachten op de uitspraak in een zaak in verband met het gebruik van speciale presentatietechnieken, die meer duidelijkheid moet brengen over de toelaatbaarheid van bepaalde reclametechnieken.

De Tabak- en Alcoholcontroledienst zal de sector vervolgens op de hoogte brengen van die uitspraak, voor hij tot een nieuwe reeks intensieve controles overgaat.

13.03 Paul-Olivier Delannois (PS): Wanneer komt die uitspraak er?

13.04 Minister Maggie De Block: Dat weet ik niet.

13.05 Paul-Olivier Delannois (PS): En wie kan een sanctie opleggen?

13.06 Minister Maggie De Block: De Tabak- en Alcoholcontroledienst.

13.07 Paul-Olivier Delannois (PS): Er kan wel een resem boetes worden opgelegd, maar die schijnen in de praktijk niet zoveel indruk te maken.

Als waarnemend burgemeester

À l'heure actuelle, il est interdit d'apposer une publicité quelle qu'elle soit. Par contre, il n'est pas interdit de mettre en vitrine 1 000 paquets de cigarettes. Ce faisant, lorsque vous arrivez devant la vitrine des magasins qui procèdent de cette manière, on ne voit que lesdits paquets.

En tant que bourgmestre, je peux, par le biais de mes services, agir si une affiche est apposée.

En revanche, on ne me permet pas d'agir à l'encontre de ce qui se trouve derrière la vitrine. Donc, donnez-moi les moyens d'agir, et je peux vous garantir que je ne les raterai pas, ne fût-ce qu'avec des sanctions administratives. Toujours est-il qu'à l'heure actuelle, je n'ai pas les moyens en tant que bourgmestre de la ville de Tournai d'empêcher ce genre de choses.

Donnez-moi toutes les pistes possibles et imaginables, et je vous certifie que je vais les suivre!

13.08 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Delannois, nous attendons l'issue de la procédure. De la sorte, nous pourrions vous donner plusieurs outils.

kan ik optreden wanneer er een affiche wordt aangebracht.

Ik kan daarentegen niets ondernemen tegen zaken die in de etalage uitgestald liggen. Geef mij de middelen om iets te doen!

13.08 Minister **Maggie De Block**: Na afloop van de procedure zullen we u verschillende instrumenten kunnen aanreiken.

13.09 **Paul-Olivier Delannois** (PS): Je sais que je vais encore me faire des amis, mais le pire est que certains magasins tournaisiens ne vendent pas un seul paquet de cigarettes; on peut alors se demander comment ils peuvent continuer à survivre. C'est impossible. N'importe quel indépendant pourra vous dire que s'il ne vend pas la marchandise présente dans son commerce, il fera faillite. Or ceux-ci, non! Il y a de quoi s'interroger.

13.09 **Paul-Olivier Delannois** (PS): Sommige winkels in Doornik verkopen niet één pakje sigaretten, maar houden "op miraculeuze wijze" het hoofd boven water...

La **présidente**: Il va falloir enquêter plus finement, monsieur Delannois.

13.10 **Paul-Olivier Delannois** (PS): Mais je connais la réponse, madame la présidente!

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

14 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "HPV-vaccinatie" (nr. 3877)**

14 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le VPH" (n° 3877)**

14.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, regelmatig publiceert de Hoge Gezondheidsraad zijn aanbevelingen inzake vaccinatie, waaronder het HPV-vaccin. Er is heel wat te doen over de vaccinatie van jongens aangezien zij op latere leeftijd steeds meer getroffen worden door HPV-gerelateerde kankers en dan vooral van het orale type door mondelinge seksuele contacten. Voor elke twee vrouwen is er een man met een HPV-gerelateerde kanker. Bijkomend beschermt het HPV-vaccin ook tegen genitale wratten.

Ik heb drie vragen.

14.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) publie régulièrement des recommandations en matière de vaccination, et notamment en ce qui concerne le vaccin contre le HPV. Les jeunes hommes sont de plus en plus touchés par des cancers liés au HPV lorsqu'ils atteignent un âge plus avancé.

Le groupe de travail fédéral s'est-il

Ten eerste, heeft de werkgroep op federaal niveau zich al gebogen over de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad? Hebben de hoorzittingen hierover al plaatsgevonden? Wat is de inhoud van de aanbevelingen inzake HPV-vaccinatie bij zowel meisjes als jongens? Zal de vaccinatie gratis worden versterkt voor bepaalde groepen meisjes en/of jongens? Zo ja, welke?

Wat zijn de bevonden voordelen van vaccinatie op korte, middellange en lange termijn en dit zowel voor genitale wratten als kanker? Welke uitkomsten zijn er meegenomen en wat is er gebleken? Zal ten aanzien van meisjes het beleid blijven zoals het was sinds de aanbeveling van 2008, met name een gratis verstrekking van vaccinatie in de scholen? Wordt de vaccinatie nu ook uitgebreid naar jongens?

Ten tweede, men verwacht dat binnenkort een nieuw HPV-vaccin zal worden goedgekeurd door Europa. Dit vaccin beschermt tegen meer HPV-kankers, onder andere 90 % van de baarmoederhalskankers. Zullen die vaccins worden verstrekt en terugbetaald?

Ten derde, worden er ook aanbevelingen verwacht voor vaccinatie tegen zona? Zo ja, welke? Zijn er op dat vlak beleidsveranderingen op til?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de Hoge Gezondheidsraad werkt aan een herziening van zijn advies inzake Humaan papillomavirusvaccinatie en zal daarbij ook de vaccinatie van jongens bekijken. Om op het overige deel van uw vraag te kunnen antwoorden, moet ik natuurlijk over dat advies beschikken.

De Hoge Gezondheidsraad zal ook het nieuw vaccin beoordelen wanneer dit door de Europese autoriteiten is goedgekeurd. Zodra deze beoordeling beschikbaar is, neem ik ze in aanmerking.

Ook wat betreft de zona — hier gaat het om het herpes zostervirus — werkt de Hoge Gezondheidsraad aan een advies. Dit wordt verwacht in de tweede helft van dit jaar.

14.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): (...)

14.04 Minister **Maggie De Block**: Het herpes zostervirus is de venerische vorm van zona en kan toch ook voor veel problemen zorgen. Het is ook een seksueel overdraagbare ziekte.

14.05 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Wordt dit ook in de tweede helft van dit jaar verwacht?

14.06 Minister **Maggie De Block**: Voor zona zou dat voor de tweede helft van dit jaar zijn en ik neem aan dat dit ook voor HPV geldt.

14.07 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik vraag dat om te weten wanneer wij daarover opnieuw een vraag kunnen indienen. Wij volgen deze

déjà penché sur ces recommandations? Les auditions à ce sujet ont-elles déjà eu lieu? Quelle est la teneur des recommandations en matière de vaccination contre le HPV, tant en ce qui concerne les filles que les garçons? La vaccination sera-t-elle gratuite pour certains groupes? Quels sont les avantages de ce vaccin? Continuera-t-on à le délivrer gratuitement aux jeunes filles? La vaccination sera-t-elle élargie aux garçons?

L'Europe va bientôt approuver un nouveau vaccin contre le HPV. Sera-t-il distribué et remboursé? Prévoit-on également un vaccin contre le zona?

14.02 **Maggie De Block**, ministre: Le CSS est occupé à réviser son avis relatif au vaccin contre le HPV et analyse à cette occasion l'opportunité d'en faire également bénéficier les garçons. Je dois attendre de disposer de ce nouvel avis pour pouvoir répondre au reste de la question. Le CSS évaluera également le nouveau vaccin lorsqu'il aura été approuvé par les autorités européennes. Je tiendrai compte de cette évaluation dès qu'elle sera disponible.

14.06 **Maggie De Block**, ministre: En ce qui concerne le zona, le virus herpes zoster, le CSS élabore également un avis. Celui-ci devrait être disponible au deuxième semestre de cette année.

aangelegenheid dus op vanaf de tweede helft van dit jaar.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 3925 de Mme Rita Gantois est transformée en question écrite.

De **voorzitter**: Vraag nr. 3925 van mevrouw Gantois is omgezet in een schriftelijke vraag.

14.08 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, il faudrait lui préciser que cette matière ne relève pas de ma compétence. La qualité de l'eau potable est de la compétence des entités fédérées, et ce depuis des années.

14.08 Minister **Maggie De Block**: Men moet haar meedelen dat die kwestie niet onder mijn bevoegdheid valt, maar dat wel de deelgebieden daar al jaren bevoegd voor zijn.

Het gaat over de kwaliteit en de eigenschappen van het leidingwater. Sedert 2002 behoort dat tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

14.09 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Oké, dan moet deze vraag op het correcte niveau worden gesteld. Ik zal dat melden aan mevrouw Gantois.

14.10 Minister **Maggie De Block**: Deze materie moet door een van uw collega's op het niveau van de Gemeenschappen worden aangekaart.

La **présidente**: Nous allons transmettre cette information à Mme Gantois afin qu'elle retire sa question.

15 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erfelijkheidsadviseur" (nr. 3959)**

15 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le conseiller en hérédité" (n° 3959)**

15.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het KCE heeft recent twee rapporten opgesteld over de erfelijke aanleg voor darm- en borstkanker, die wordt vastgesteld met behulp van genetische testen. Die aandoeningen worden vaak veroorzaakt door specifieke mutaties aan bepaalde genen. Ze kunnen zich op verschillende manieren uiten, afhankelijk van het individu. Het is daarom vaak moeilijk om ze te diagnosticeren, ook al omdat ze zeldzaam zijn en de artsen er dus vaak niet onmiddellijk aan denken.

Patiëntenvertegenwoordigers die in de twee studies werden geraadpleegd, geven aan dat veel mensen niet worden doorverwezen naar genetische centra of dat ze geen correcte informatie krijgen. Volgens het KCE is het belangrijk dat de betrokkenen snel begrijpelijke en aangepaste informatie ontvangen over de mogelijke keuzes, zoals opvolging of preventieve chirurgie.

Daarnaast moet ook psychologische ondersteuning worden gegeven bij het communiceren van het bestaan van een erfelijke aanleg aan kinderen en andere familieleden of wanneer er beslissingen over gezinsplanning moeten worden genomen.

Het KCE pleit ervoor om de rol van erfelijkheidsadviseur, die trouwens al bestaat in Frankrijk en Nederland, vorm te geven.

15.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Le KCE a rédigé deux rapports sur la prédisposition familiale au cancer de l'intestin et au cancer du sein. Les représentants des patients y indiquent que de nombreuses personnes ne sont pas orientées vers des centres de génétique et ne reçoivent pas des informations correctes. Selon le KCE, il importe que ces personnes reçoivent rapidement des informations sur les choix possibles, comme le suivi ou la chirurgie préventive. En outre, un soutien psychologique est recommandé lors de la communication d'informations sur la prédisposition familiale à des enfants et des membres de la famille ou lorsque des décisions doivent être prises, par exemple en ce qui concerne la planification

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen. Ten eerste, zijn er in het licht van deze studie plannen om ook in ons land met dit soort van adviseur te beginnen werken?

Ten tweede, het RIZIV heeft onlangs beslist om een deel van het budget van de centra voor menselijke erfelijkheid specifiek toe te wijzen aan een betere ondersteuning van dit genetisch advies. Over welk bedrag gaat het hier? Wat is het totale RIZIV-budget van de centra voor menselijke erfelijkheid? Hoe zal worden gecontroleerd of het toegewezen budget effectief wordt gebruikt voor een betere ondersteuning van genetisch advies?

15.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, wat uw eerste vraag betreft, is er in twee rapporten van het KCE inderdaad sprake van een erfelijkheidsadviseur, namelijk in de rapporten 242 en 243 over bepaalde oncogenetische testen.

In dit verband wijs ik erop dat de Hoge Raad voor Geneesheren en Specialisten recent ook een advies heeft uitgebracht over het mogelijk creëren van een bijzondere beroepstitel voor de arts-klinisch geneticus. Wij zullen dit advies eerst grondig bestuderen vooraleer in te gaan op het denkspoor van de erfelijkheidsadviseur als zorgberoep.

Ik ben de mening toegedaan dat de medische counseling een bevoegdheid is die door de arts moet worden opgenomen in het kader van de klinische taken. Daarnaast kan deze arts zich ook laten bijstaan door andere verstrekkers, waaronder verpleegkundigen en psychologen, om het zorgaanbod bij een erfelijkheidsdiagnose te vervolledigen.

Erfelijkheidsadviesactiviteiten worden gefinancierd via conventies met de centra voor menselijke genetica.

Het erfelijkheidsadvies wordt gegeven door een multidisciplinair team, samengesteld uit een arts-geneticus en andere zorgverstrekkers, zoals verpleegkundigen, sociale werkers en psychologen.

De budgettaire gegevens aangaande de conventie zijn samengevat in een tabel die ik u zal overhandigen. Voor 2015 werd het totaal budget voor genetica op 40 788 000 euro vastgesteld, waarvan 2 224 000 euro voor erfelijkheidsadvies, 37 964 000 euro voor de laboratoriumverstrekkingen opgenomen in artikel 33 van de nomenclatuur en 580 000 euro voor de tests die aan buitenlandse laboratoria uitbesteed worden. Er wordt samengewerkt met buitenlandse laboratoria als het gaat om bepaalde zeldzame diagnoses waarvoor hier niet genoeg expertise aanwezig is. Dat is trouwens tweerichtingsverkeer.

familiale. Le KCE plaide dès lors pour le développement du rôle de conseiller en génétique, qui existe déjà en France et aux Pays-Bas. Des projets en ce sens existent-ils déjà?

L'INAMI a récemment décidé d'allouer spécifiquement une partie du budget des centres de génétique humaine à une meilleure assistance en matière de conseil génétique. De quel montant s'agit-il? Quel est le budget INAMI total des centres de génétique humaine? Comment vérifiera-t-on que le budget octroyé est effectivement affecté à une meilleure assistance en matière de conseil génétique?

15.02 **Maggie De Block**, ministre: Il est effectivement question d'un conseiller en génétique dans deux rapports du KCE, à savoir les rapports 242 et 243 relatifs à certains tests oncogénétiques. En outre, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes a rendu récemment un avis sur la création du titre professionnel de médecin spécialiste en génétique. Nous étudierons cet avis avant d'explorer la piste préconisant la création du conseiller en génétique en tant que professionnel de la santé.

Le conseil médical est une compétence que le médecin doit assumer dans le cadre des tâches cliniques. Par ailleurs, le médecin peut également se faire assister par des infirmiers et des psychologues, notamment, pour compléter l'offre de soins dans le cadre d'un diagnostic de prédisposition héréditaire. Les activités de conseil génétique sont financées par le biais de conventions conclues avec les centres de génétique humaine.

Le conseil génétique est fourni par une équipe multidisciplinaire composée d'un médecin généticien et d'autres prestataires

Verstrekingen, ook inzake erfelijkheidsadvies, worden aan de conventie gefactureerd aan de hand van pseudocodes, specifiek voor standaard erfelijkheidsadvies en complex erfelijkheidsadvies. Een controle in de medische dossiers kan door de dienst Geneeskundige Controle van het RIZIV of de ziekenfondsen worden uitgevoerd.

Ik overhandig u de cijfers op papier. Het totaal bedrag is geëvolueerd van 37 087 000 euro in 2009 tot 40 788 000 euro in 2015. Dat heeft dus ook een groei gekend.

de soins. Le budget 2015 alloué à la génétique a été fixé à 40 788 000 euros, dont 2 224 000 euros ont été affectés au conseil génétique, 37 964 000 euros aux examens de laboratoire et 580 000 euros aux tests sous-traités à des laboratoires étrangers. De 2009 à 2015, le budget total est passé de 37 à 40 millions d'euros.

Le conseil génétique est facturé par les centres de médecine génétique sur la base de pseudocodes, spécifiques pour le conseil génétique standard et complexe. Des contrôles peuvent être effectués par le Service du contrôle médical de l'INAMI et par les mutualités.

15.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, het advies moet dus nog afgewacht worden. Wij volgen dat verder op.

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

16 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het samenwerken met Nederland voor goedkopere weesgeneesmiddelen" (nr. 4048)

16 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la collaboration avec les Pays-Bas dans le cadre d'une diminution du prix des médicaments orphelins" (n° 4048)

16.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, deze vraag is ook al in onze vorige commissievergadering aan bod gekomen. U hebt toen al verwezen naar het gesprek met uw Nederlandse, en naar ik uit uw antwoord begrepen heb ook met uw Luxemburgse collega om te onderhandelen met farmaceutische bedrijven over de aankoopprijs van weesgeneesmiddelen. U hebt samen met uw Nederlandse collega daarover een protocolakkoord ondertekend. De motivatie is dat u samen meer patiënten vertegenwoordigt en zo een lagere prijs kan bedingen.

Welke concrete onderwerpen zijn er tijdens uw gesprek met minister Schippers aan bod gekomen, naast de gemeenschappelijke aankoop van weesgeneesmiddelen? Werden er buiten het bekende geval-Soliris nog geneesmiddelen en aandoeningen besproken? Is er al een concreet stappenplan voor het verloop van de onderhandelingen met de farmabedrijven? Wanneer en voor welk middel mogen wij daarin de eerste stappen verwachten?

Zullen er nog andere landen bij betrokken worden? Zo ja, welke? Denkt u niet dat een samenwerking met nog andere landen op het Europese niveau nog grotere voordelen zou kunnen opleveren? Overweegt u het initiatief ook uit te breiden naar niet-weesgeneesmiddelen? Zo nee, waarom niet?

Er werd ook gesproken over andere plannen. Welke gegevens wenst

16.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Un protocole d'accord a été signé entre la ministre et ses homologues néerlandais et luxembourgeois en vue de négocier de commun accord le prix des médicaments orphelins avec les entreprises pharmaceutiques.

La discussion avec la ministre néerlandaise de la Santé a-t-elle porté sur d'autres médicaments que le Soliris? Un plan par étapes a-t-il été élaboré en vue des négociations avec les firmes pharmaceutiques? Quand les premières étapes seront-elles franchies? D'autres pays se joindront-ils à cette initiative? Celle-ci sera-t-elle étendue à des médicaments autres que les "orphelins"? Des registres et des données seront-ils partagés? Lesquels?

u op termijn uit te wisselen? Welke registers wenst u te delen?

16.02 Minister **Maggie De Block**: Het akkoord dat wij op 20 april 2015 ondertekend hebben, samen met Nederland, is inderdaad een uniek samenwerkingsakkoord. De bedoeling van het akkoord is dat we onderzoeken hoe we meer kunnen samenwerken op het vlak van de beoordeling en de vergoeding van in de eerste plaats weesgeneesmiddelen. Het gaat over mogelijke beoordelingen, horizonscanning en samenwerking in verband met prijsonderhandelingen.

In eerste instantie wordt onderzocht hoe Nederland en België samen kunnen onderhandelen met farmaceutische bedrijven over de terugbetaling van weesgeneesmiddelen. Er werden geen specifieke medicijnen of aandoeningen besproken. Dat zal mogelijk wel in de toekomst gebeuren, maar nu was er een intentie om samen te werken. De intentie om samen te werken, werd dan ook vastgelegd op het niveau van onze beide administraties. Dat is ook de reden waarom onze administraties daaraan nog veel werk zullen hebben.

Wij hebben die problematiek daarna ook met de Luxemburgse collega besproken, maar wij kunnen onmogelijk onze administratie zo'n protocolakkoord laten uitwerken met vier of vijf landen tegelijk, want het zijn wel dezelfde medewerkers, die met Nederland, Luxemburg en eventueel andere landen moeten praten.

Ik heb steeds van in het begin gezegd dat we op Europees niveau een systeem zouden moeten ontwerpen. Maar niemand neemt daartoe tot nog toe enig initiatief. Bovendien zijn de gezondheidszorgsystemen van noord naar zuid en van west naar oost over alle landen van de EU zeer verschillend. Dat zal er misschien ooit komen, maar hoe lang zal dat duren?

Daarom hebben wij het initiatief genomen om met de Nederlanders te gaan samenwerken. Dat is ook een prioriteit voor deze legislatuur, ongeacht de aandacht voor een product of aandoening.

Het is nodig dat iemand eens de kat de bel aanbindt, want er zijn momenteel ongeveer 8 000 weesziekten bekend in Europa, waarvoor nu 150 geneesmiddelen op de markt zijn. Voor heel veel aandoeningen zijn er nog geen geneesmiddelen op de Europese markt. Als wij dat dan extrapoleren naar het aantal patiënten in de Europese Gemeenschap, komen wij al snel aan een cijfer van 30 miljoen patiënten die lijden aan een van de 8 000 weesziekten. Er zijn dus voldoende redenen om de handen in elkaar te slaan, dachten wij. Vandaar het initiatief.

Om onze intentie concreet uit te werken, werken onze nationale administraties samen aan de ontwikkeling van een pilootproject. Op basis van de horizonscan zal een geschikt product worden aangeduid. Wij zullen een product selecteren en daarover samen onderhandelen.

In onze timing wordt verwacht dat het pilootproject in 2016 van start gaat.

Het spreekt voor zich dat wij ondertussen ook nog prospectie in andere landen doen om zich aan te sluiten. Het zijn wel dezelfde medewerkers van de administratie, die met elk land apart een

16.02 **Maggie De Block**, ministre: L'accord de coopération que nous avons signé le 20 avril 2015 avec les Pays-Bas avait trait à la politique des médicaments. Nous nous engageons à renforcer notre coopération, et cela en premier lieu dans le cadre du remboursement des médicaments orphelins. Nous pourrions nous entendre sur les appréciations, les outils de veille et la coopération dans le cadre des négociations sur les prix.

Aucune négociation commune portant sur le prix d'un médicament n'est actuellement en vue mais nous nous y emploierons dans le futur. Nos administrations y travaillent actuellement. Nous avons également déjà discuté avec la ministre luxembourgeoise de la Santé mais un protocole d'accord entre les administrations ne peut être conclu que pour chaque pays séparément.

Il faudrait instaurer un système européen, mais personne ne prend d'initiative en ce sens. Par ailleurs, l'harmonisation de tous ces systèmes de santé, très différents les uns des autres, est ardue. La coopération avec les Pays-Bas est une première étape à notre portée. Dans tous les cas, avec environ 8 000 maladies orphelines pour 150 médicaments correspondants sur le marché européen, une initiative est nécessaire.

Afin de concrétiser notre intention, un projet pilote sera créé autour d'un médicament déterminé. Il pourra débuter en 2016. Dans l'intervalle, nous étudions également d'autres pays susceptibles de rejoindre le projet. Cela nous permettrait de réaliser une économie d'échelle.

Nous avons choisi les Pays-Bas parce que ce pays est comparable au nôtre sur les plans social et

protocol zullen moeten maken.

Het is belangrijk dat de macht van het getal en de schaalgrootte een voordeel kan opleveren voor de patiënten van twee landen, maar in geval van tien of twintig landen is er uiteraard nog een veel groter schaalvoordeel.

Wij zijn wat dat betreft ambitieus. Wij zijn dat ook verplicht aan de patiënt. Vandaar ook dat ik in de eerst mogelijke vergadering het initiatief daartoe heb genomen. Wij moeten echter realistisch en pragmatisch blijven. Van land tot land verschillen de procedures en de noden. Er zijn ook verschillende systemen.

Wij hebben voor Nederland gekozen, omdat het land sociaal en economisch vergelijkbaar is en geconfronteerd wordt met gelijkaardige uitdagingen inzake gezondheidszorg.

Wij hebben goed samengewerkt ten tijde van de ebolacrisis, wat bij mij de vraag deed rijzen naar toenadering tot Nederland met het oog op een gezonde samenwerking en evaluatie van het Nederlandse model. Het had evengoed Frankrijk kunnen zijn. Ook Frankrijk heeft een gelijkaardige bevolking en gelijkaardige sociale en economische factoren. Eerst richten wij ons tot landen waar de manier van terugbetalen en het sociale systeem gelijkaardig zijn.

Wij zijn van plan de samenwerking nog uit te breiden, maar het mag niet te snel gaan. Wij moeten pragmatisch zijn. Als mijn administratie op zeven fronten tegelijk moet onderhandelen, kan zij de trappers verliezen. Ik ga langzaam maar zeker vooruit.

Wij hebben met de samenwerking toch wat belangstelling gewekt bij andere landen. *I have a dream* dat het ooit op Europees niveau geregeld kan worden. Ik werk samen met collega Philippe de Backer van het Europees Parlement, die hier al verscheidene keren over teruggekoppeld heeft. Wij geven hem informatie en hij geeft ons informatie. Als wij allemaal op dezelfde nagel blijven kloppen, zullen wij uiteindelijk succesvol zijn.

Wij hebben hierover ook een publicatie samengesteld. Wij zijn echt actief op dat gebied. Ik vind dat België op dat vlak een voortrekkersrol kan spelen. Dat is in het belang van alle patiënten met weesziekten. Naar schatting 30 miljoen Europeanen is niet niets. Het gaat om vele mensen.

16.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat klopt en we kunnen ons daarbij aansluiten. Natuurlijk betreuren we het gebrek aan Europees initiatief, maar we zijn blij dat u op die manier toch al zelf naar een oplossing op een kleinere schaal probeert te zoeken.

économique et qu'il est confronté aux mêmes défis dans le domaine des soins de santé. D'autres pays pourront s'ajouter à la liste, mais mon administration doit pouvoir suivre. J'espère que cette question pourra un jour être réglée à l'échelon européen. Nous avons également produit une publication à ce sujet. La Belgique pourrait jouer un rôle de précurseur dans ce domaine. Avec 30 millions d'Européens atteints d'une maladie orpheline, le dossier est tout à fait défendable.

16.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Si je regrette qu'il n'y ait pas d'initiative européenne, je me réjouis que la ministre recherche des solutions à plus petite échelle.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

16.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je vous propose de transformer mes questions n° 3678 et 4075 en questions écrites. Cela m'évitera de faire un exercice de lecture.

17 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'impact du raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement sur le dépistage des nouveau-nés" (n° 3362)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies liées au raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement" (n° 3363)

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling voor de screening van borelingen" (nr. 3362)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen door de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling" (nr. 3363)

17.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ter informatie, is het niet de bedoeling dat vragen in de commissie chronologisch worden behandeld? Hoe komt het dat hier telkens worden teruggesprongen in de dagorde? Werd dat zo afgesproken?

La **présidente**: Quand un membre nous prévient de son arrivée tardive et nous demande de retarder le passage de sa question, on l'accepte. En cas d'absence non justifiée, la question est supprimée.

17.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Het was maar een vraag, mevrouw de voorzitter. Ik heb er ook geen probleem mee, maar in andere commissies heb ik al gemerkt dat de agendapunten strikt worden gevolgd, zonder dat men terugspringt in de dagorde.

Het is jammer hoe de werkzaamheden hier nu verlopen en dat zou moeten worden besproken op het niveau van de fractievoorzitters, zodat er uniformiteit heerst in de commissies. Het kan toch niet dat men zich soms naar een commissie moet haasten, terwijl er in andere commissies continu wordt teruggesprongen in de dagorde. Ik zal dit aankaarten.

La **présidente**: Chaque président de commission organise ses travaux comme il l'entend. Tenter d'uniformiser les règles, c'est bien, mais nous essayons avant tout de faire en sorte que les questions puissent être posées, tout en responsabilisant les parlementaires. Lorsque ceux-ci préviennent de leur retard, les choses peuvent s'arranger.

17.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je tiens à préciser à ma collègue que je ne dormais pas sous ma couette; j'assistais à la commission des Affaires sociales qui se penchait sur le rapport du Service de médiation des Pensions.

Madame la ministre, ce n'est pas la première fois que je vous interroge sur des économies liées au raccourcissement de la durée du séjour en maternité après un accouchement. Je voudrais aborder ce sujet sous différents aspects.

D'une part, du fait de ce raccourcissement, il existe un risque que certains nouveau-nés échappent au dépistage systématique et, d'autre part, je voudrais revenir sur les enjeux budgétaires.

En ce qui concerne le dépistage systématique, comme vous le savez sans doute, toute une série d'entre eux sont effectués en maternité et visent à dépister diverses maladies dont la phénylcétonurie, tyrosinémie, leucinose, histidinémie, homocystinurie, galactosémie,

De **voorzitter**: Elke commissievoorzitter regelt de werkzaamheden zoals hij of zij dat meent te moeten doen. Hier proberen wij ervoor te zorgen dat de vragen kunnen worden gesteld.

17.03 Catherine Fonck (cdH): Ik woonde de vergadering van de commissie voor de Sociale Zaken bij, waar het verslag van de Ombudsdienst Pensioenen werd toegelicht.

Pasgeborenen die tussen de 72 en 120 uur oud zijn, worden op de kraamafdeling op heel wat aandoeningen gescreend (ziekten en doofheid). Als gevolg van de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek zal het aantal niet-gescreende pasgeborenen toenemen: als men de ouders moet vragen om terug te komen voor die tests, zal het

hypothyroïdie congénitale mais également - en tout cas du côté francophone, j'en suis certaine, l'ayant mis moi-même en place en tant que ministre -, le dépistage néonatal de la surdité. Ces dépistages sont réalisés entre 72 et 120 heures de vie. En pratique, cela signifie que si cela tombe un week-end, avec le raccourcissement d'une demi-journée, et même d'une journée l'année prochaine, le nombre de nouveau-nés qui ne bénéficieront pas de ces dépistages systématiques risque d'augmenter.

Vous allez me répondre que la question du dépistage relève de la compétence des Communautés. Pour rappel, ces dépistages sont effectués au sein des maternités et c'est important que ce soit ainsi pour couvrir le plus largement possible la population visée. Si on renvoie ces nouveau-nés à la maison en disant aux parents de revenir pour réaliser ces dépistages, vous pouvez être certaine qu'on va tomber à des pourcentages de couverture qui risquent d'être très faibles.

Madame la ministre, avez-vous pris en compte ces éléments lorsque vous avez décidé des économies à réaliser? Comment garantir que ces dépistages, qui représentent un enjeu majeur en matière de santé publique, soient toujours réalisés sur chaque nouveau-né?

L'autre volet concerne l'impact sur les budgets des hôpitaux et sur le personnel soignant, et singulièrement au sein de celui-ci, sur les sages-femmes. Je vous avais déjà interrogée à ce sujet. En effet, dans un premier temps vous aviez annoncé une économie de 11,7 millions d'euros, montant qui avait été augmenté à 18,7 millions d'euros. Je souhaite vous entendre sur votre manière de calculer cette économie.

Il me revient que le calcul de la diminution d'une demi-journée de séjour en maternité est basé sur une proportion du montant total de la prise en charge. Un demi-jour sur quatre jours et demi représente un neuvième du montant total. Ces chiffres n'ont pas été basés sur le montant des coûts liés à la prise en charge du dernier demi-jour. Or, il est clair que lorsqu'on accompagne les jeunes mamans et les nouveau-nés, le travail est beaucoup plus lourd le premier et le deuxième jour que le quatrième ou le cinquième. Les soins sont plus intensifs au début, car ils sont liés à la période de l'accouchement en tant que tel.

Par ailleurs, les sages-femmes ont tiré la sonnette d'alarme en raison de l'impact non négligeable sur le nombre d'équivalents temps plein au sein des maternités. Il y aura un impact direct sur la qualité des services.

Madame la ministre, comment avez-vous calculé? S'agit-il bien d'un neuvième de la prise en charge alors que cette prise en charge est moins lourde les derniers jours et devrait donc correspondre à un montant nettement inférieur? Avez-vous tenu compte de l'évolution des frais de prise en charge au cours du séjour entre le premier et le dernier jour? Quel est l'impact sur le nombre d'équivalents temps plein de sages-femmes qui risquent d'être supprimés suite à cette décision?

screeningpercentage fors dalen.

Heeft u, ondanks het feit dat de screening een bevoegdheid van de Gemeenschappen is, rekening gehouden met die aspecten toen u die besparingsmaatregel nam? Hoe zal u garanderen dat elke pasgeborene die tests zal ondergaan?

Wat de impact op de ziekenhuisbegrotingen en het verzorgend personeel betreft, had u het aanvankelijk over een besparing van 11,7 en vervolgens van 18,7 miljoen euro. Hoe bent u tot dat resultaat gekomen? Gaat het om een proportionele berekening, waarbij een halve dag overeenstemt met een negende van de verblijfsduur en dus van het totale bedrag? De eerste dagen, meteen na de bevalling, is er nochtans meer verzorging nodig. Houdt u rekening met de evolutie van de kosten voor de verzorging tussen de eerste en de laatste dag van de opname?

De vroedvrouwen maken zich zorgen over de impact op het aantal betrekkingen in de kraamklinieken en dus op de kwaliteit van de diensten. Hoeveel voltijdequivalenten dreigen er te verdwijnen?

17.04 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, j'entretiendrai Mme Fonck de la suite d'une réponse que j'ai donnée à

17.04 Minister **Maggie De Block**: Op 7 mei heb ik aan mevrouw

Mme Dedry concernant les sages-femmes et les infirmières, lors d'une réunion à la Chambre le jeudi 7 mai. Mme Dedry me signalait qu'elle recevait beaucoup d'appels téléphoniques de la part d'infirmières. Je lui ai répondu que je voulais plus d'infirmières pour soigner les patients et que, par ailleurs, je souhaitais rendre le *work life balance* plus agréable et attractif pour les infirmières et les sages-femmes.

Je lui ai dit regretter qu'elle reçoive quotidiennement ces appels téléphoniques. Mais cela signifie que ces infirmières ont quand même encore une minute de libre pour Mme Dedry; cette dernière était l'une d'entre elles, en sa qualité de sage-femme ou d'infirmière.

Je pense que certains n'ont pas bien écouté ma réponse. Mme Dedry a bien compris mais Mme Fonck apparemment pas. D'aucuns ont publié une fausse traduction sur *Twitter* et *Facebook*, mais je ne veux pas répéter la faute. Je ne me suis pas lancée dans une bagarre sur *Twitter* ou *Facebook* à ce sujet, car j'ai trop de respect pour les infirmières. Oui, madame Fonck, je ne suis pas de ceux qui, après avoir reçu une réponse à une interpellation, va transformer cette réponse derrière le dos d'un ministre ou d'un parlementaire! Je ne fais pas cela. Ce n'est intellectuellement pas honnête! Vous n'étiez pas la seule, il faut le dire, mais vous étiez quand même très active. Cela dit, je suis toujours honnête. Lorsque quelque chose ne va pas, je le dis. Je le dis en toute sincérité et sérénité.

En ce qui concerne les économies liées au raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement, la mesure qui a été prise vise à mettre en phase la durée de facturation actuelle (4,6 jours) avec la durée réelle (4,1 jours).

La mesure ne touche donc pas à la durée de séjour réel pour l'instant pour la mère et pour l'enfant et je l'ai déjà dit à plusieurs reprises, notamment lors de la discussion du budget. Par comparaison avec d'autres pays européens disposant d'un système de sécurité sociale et de soins de santé, le séjour en Belgique est encore considérablement plus long. Raccourcir la durée de séjour moyennant des adaptations des modalités de soins en périnatal et en postnatal n'est donc pas irréaliste.

Cela étant dit, la question que vous posez par rapport au dépistage des enfants a aussi été posée quelques fois. Les données disponibles pour 2011 montrent en effet que 41 % des femmes avaient une durée de séjour qui n'excédait pas les 4 jours, auxquelles s'ajoutent près de 1 500 accouchements en ambulatoire, c'est-à-dire à domicile ou en hôpital de jour. Dans ces cas, les dépistages sont réalisés à la maison et cela se déroule bien.

Cela ne signifie pas que 41 % des enfants échappaient au dépistage. Les hôpitaux ont la responsabilité de sensibiliser la maman, et j'espère aussi son partenaire, pour qu'elle réalise les tests ultérieurement à l'hôpital ou en dehors. Il faut également sensibiliser les Communautés, le dépistage des nouveau-nés relevant de leurs compétences, comme vous l'avez rappelé. Il n'est en effet pas nécessaire que le nouveau-né soit hospitalisé pour réaliser les tests.

Actuellement, la question de l'accompagnement et les modalités de réalisation de projets qui viseraient à encadrer les jeunes mamans

Dedry geantwoord dat ik meer verpleegkundigen wil om de patiënten te verzorgen en dat ik wil zorgen voor een aantrekkelijkere *work-life balance* voor verpleegkundigen en vroedvrouwen.

Niet iedereen heeft mijn woorden goed gehoord of begrepen. Sommigen hebben een foute vertaling gepost op *Twitter* of *Facebook*. Ik zal daar niet over discussiëren. Ik heb te veel respect voor de verpleegkundigen en ik stel het niet op prijs dat men de woorden van een minister of een parlementslid buiten zijn weten verdraait. Dat is intellectueel oneerlijk. U was niet de enige, mevrouw Fonck, maar u was wel erg actief.

De genomen maatregel heeft tot doel de huidige facturatietermijn gelijk te schakelen met de reële duur, die korter is. Er wordt dus niet geraakt aan de reële verblijfsduur voor moeder en kind. Het is echter niet irrealistisch om die verblijfsduur, die een stuk langer is dan in vergelijkbare Europese landen, in te korten middels aanpassingen aan de perinatale en postnatale zorgmodaliteiten.

Uit de beschikbare gegevens blijkt dat 41 procent van de vrouwen niet langer dan vier dagen in de kraamkliniek bleef, en dan zijn er nog 1.500 ambulante bevallingen geweest. In dat geval worden de onderzoeken thuis uitgevoerd. Niettemin viel 41 procent van de kinderen door de mazen van het net. De ziekenhuizen moeten de moeder sensibiliseren, zodat ze de onderzoeken op een later tijdstip laat uitvoeren, in het ziekenhuis of bij de arts.

Mijn diensten bekijken welke begeleiding moeders die de kraamkliniek vroeger verlaten, moeten krijgen, en hoe projecten hieromtrent kunnen worden geconcretiseerd. De systematische neonatale screening via

quittant la maternité plus rapidement est actuellement à l'examen au sein de mes services. Le dépistage néonatal systématique via le prélèvement d'échantillons de sang est un élément qui devra être pris en considération, en étroite concertation avec les entités fédérées dans le cadre de tels projets afin que ce dépistage couvre l'ensemble des nouveau-nés.

En ce qui concerne les économies prévues dans le budget des moyens financiers à hauteur de 18,7 millions d'euros, l'objectif du gouvernement est en effet de réaliser cette économie dans le cadre du budget 2015. Les discussions sont encore en cours au sein du Conseil national des établissements hospitaliers pour savoir dans quelle mesure les hôpitaux peuvent réaliser ces économies sur les maternités en écourtant la durée des hospitalisations. Des pistes alternatives sont aussi examinées pour réaliser des économies.

Pour l'heure, je ne souhaite donc pas préjuger du résultat de ces discussions au sein du Conseil national des établissements hospitaliers, dont j'attends l'avis.

17.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, même si ce n'était pas l'objet de ma question, je ne pourrais pas ne pas répliquer à votre première intervention. Ces décisions ont un impact direct sur les sages-femmes. Vous avez dit à la Chambre en séance plénière, et les comptes rendus en témoignent, que, si ces infirmières ont encore du temps pour se plaindre, c'est qu'elles ne sont pas si débordées.

17.06 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas ce que j'ai dit.

17.07 Catherine Fonck (cdH): Excusez-moi, je ne vous ai pas interrompue durant votre réponse.

17.08 Maggie De Block, ministre: C'est une mauvaise interprétation de mes propos. C'est une méthode malhonnête!

La **présidente**: Nous allons considérer que le compte rendu de cette commission vous permet de dire ce que vous avez voulu dire.

17.09 Catherine Fonck (cdH): Si j'avais eu le plaisir de pouvoir intervenir en séance plénière – et cela ne me pose pas de problème que l'on change les règles des débats du jeudi ...

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

17.11 Catherine Fonck (cdH): Non, parce que, dans le cadre des questions d'actualité, on ne peut pas répliquer. Si j'en avais eu la possibilité, je ne l'aurais pas fait sur *Twitter*; je vous l'aurais dit tout de suite, droit dans les yeux!

Vous nous déclarez qu'on ne touche pas à la durée de séjour. Dès lors, je me demande bien comment les hôpitaux doivent économiser 18,7 millions d'euros. Faut-il rappeler que, selon l'étude MAHA, 40 % d'entre eux sont dans le rouge?

bloedafname zal in samenspraak met de deelgebieden in dergelijke projecten moeten worden ingepast, zodat alle pasgeborenen worden gescreend.

De verhoopte besparing beloopt 18,7 miljoen euro in 2015. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen voert momenteel besprekingen om na te gaan in hoeverre de ziekenhuizen die besparing kunnen realiseren door de ziekenhuisopnames in te korten. Er worden ook andere pistes onderzocht.

Ik wil niet vooruitlopen op de uitkomst van die besprekingen.

17.05 Catherine Fonck (cdH): Die beslissingen hebben een directe impact op de vroedvrouwen. U heeft in de plenaire vergadering gezegd dat als die verpleegkundigen nog tijd hebben om te klagen, ze toch niet omkomen in het werk...

17.06 Minister Maggie De Block: Dat is niet wat ik heb gezegd.

17.08 Minister Maggie De Block: U verdraait mijn woorden!

17.11 Catherine Fonck (cdH): In het kader van de actualiteitsvragen mogen we niet repliceren. Als dat wel had gekund, zou ik niet via *Twitter* hebben gereageerd.

U zegt dat er niet aan de duur van het verblijf zal worden geraakt. Hoe moeten de ziekenhuizen 18,7 miljoen euro besparen, terwijl 40 procent van hen in de rode

cijfers zit?

17.12 **Maggie De Block**, ministre: (...)

17.13 **Catherine Fonck** (cdH): Je vais peut-être essayer de terminer, ce sera plus simple!

Madame la ministre, je vous signale que vous nous aviez raconté voici quelques mois que ce n'était pas 18 millions, mais 11,7 millions. Les rapports en font foi. Vous aviez d'ailleurs communiqué à ce sujet. Entre-temps, c'est devenu 18 millions.

Par ailleurs, vous prétendez que cela n'aura pas d'impact sur les hôpitaux. Alors vous ne pouvez pas le comptabiliser dans vos économies. C'est une manière de bien enrober l'histoire, mais personne n'est dupe.

Nous verrons si ces 18 millions seront in fine réinvestis en faveur des sages-femmes en termes d'accompagnement de qualité de la mère et du nouveau-né à domicile, ainsi que je l'ai plaidé de longue date.

J'ai des doutes en la matière, d'autant plus lorsque je vois la manière avec laquelle vous avez calculé ces 18,7 millions d'euros. Le fait de dire que le dernier demi-jour représente le même coût à charge de l'hôpital que les premiers jours à la maternité n'est pas intellectuellement honnête.

En ce qui concerne le dépistage, ce sont évidemment des moyennes. En pratique, vous dites qu'aujourd'hui, cela n'empêche pas ceux qui partent après quatre jours d'avoir leur dépistage. Certes, j'ai rappelé que les dépistages se faisaient entre 72 et 120 heures mais vous n'abordez pas la problématique des sorties les week-ends où ces dépistages ne sont pas réalisés. Je ne vais pas rentrer dans des détails techniques, mais c'est une réalité.

Par ailleurs, si on veut une moyenne qui baisse à quatre jours, cela signifie qu'un certain nombre de mamans quitteront la maternité beaucoup plus tôt qu'actuellement. C'est vrai que le nouveau-né ne doit pas être hospitalisé pour passer ces tests, mais l'enjeu est d'éviter que des nouveau-nés échappent à ces dépistages. Rater le diagnostic d'une hypothyroïdie congénitale à la naissance simplement parce que le nouveau-né n'a pas fait le test, cela peut avoir des impacts extrêmement importants si le diagnostic est tardif.

J'attends de voir les effets sur les sages-femmes. Si elles tirent la sonnette d'alarme, ce n'est pas pour rien. Par ailleurs, j'attends de voir si les discussions en cours au Conseil national des établissements hospitaliers déboucheront sur une solution.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 **Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le monitoring cardio-respiratoire du nourrisson" (n° 3444)**

18 **Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de cardiorespiratoire monitoring van zuigelingen" (nr. 3444)**

18.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la

17.13 **Catherine Fonck** (cdH): Enkele maanden geleden zei u dat er niet 18 maar 11,7 miljoen moest worden bespaard. Ondertussen zitten we op 18 miljoen.

Voorts beweert u dat een en ander geen impact zal hebben op de ziekenhuizen. Als dat zo is, kan u die bedragen niet meetellen als besparingen! Iedereen heeft wel door wat u probeert te doen.

We zullen zien of die 18 miljoen uiteindelijk zal terugvloeien naar de vroedvrouwen...

Stellen dat de laatste halve dag het ziekenhuis evenveel kost als de eerste dagen in de kraamafdeling is intellectueel oneerlijk.

Bij een ontslag tijdens het weekend worden die screenings, die tussen 72 en 120 uur moeten worden verricht, niet uitgevoerd. Men kan het risico niet nemen dat een aangeboren schildklierinsufficiëntie niet gediagnosticeerd wordt.

De vroedvrouwen luiden niet voor niets de alarmbel.

18.01 **Catherine Fonck** (cdH): In

ministre, en 2014, la Commission nationale médico-mutualiste avait proposé de faire trois millions d'économies en matière de polysomnographie, en prévoyant des conditions beaucoup plus restrictives pour le remboursement de cette technique. Sur la base de relevés de littérature, les pédiatres s'étaient alors vivement opposés à cette proposition.

Malheureusement, vous avez décidé d'adopter cette mesure visant à restreindre les conditions de prise en charge de cette technique. Ainsi, à partir du 1^{er} avril 2015, si le test pourra bénéficier et surtout être remboursé aux parents d'enfants nés prématurés ou présentant une malformation ou des troubles neurologiques, ce ne sera plus le cas pour les bébés de mères toxicomanes ou les frères et sœurs de bébés décédés de mort subite. D'autres restrictions relatives à la durée du monitoring et à l'enveloppe budgétaire prévue pour les institutions partenaires sont également prévues.

Madame la ministre, quelle économie avez-vous prévue par cette mesure? Combien d'enfants ne pourront-ils pas bénéficier de ce test pour atteindre l'économie prévue? Cette économie se justifie-t-elle, alors même que des effets pervers ont été démontrés?

Le décès d'un enfant de mort subite est un événement extrêmement traumatisant pour les parents et pour la fratrie de l'enfant. Comment justifiez-vous le fait de refuser le remboursement du monitoring pour un enfant né ultérieurement? Des *case reports* ont été publiés en la matière. Dans certains cas, il est clair qu'en l'absence d'un tel monitoring, les frères ou sœurs de bébés décédés de mort subite auraient connu le même sort tragique.

Le risque lié à l'absence d'un tel remboursement est le développement d'un marché parallèle. Les parents inquiets par de mauvais résultats de tests loueront des appareils de surveillance à des sociétés privées qui conduisent à un surcoût, ne présentent pas toujours la même sécurité que les appareils des hôpitaux et ne sont pas accompagnés de la même information et du même suivi. Ce sont là aussi des questions qu'il faut pouvoir prendre en considération.

18.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame Fonck, je peux vous confirmer qu'une nouvelle réglementation en matière de monitoring cardio-respiratoire des nourrissons à leur domicile est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015.

Pour l'instant, il n'y a aucun changement en matière de financement des recherches polysomnographiques.

Il ressort clairement d'un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé que l'examen polysomnographique et le monitoring à domicile ne peuvent pas diminuer le nombre de cas de morts subites de nourrissons. Il n'a jamais été démontré scientifiquement que le nombre de ces derniers baisse dans un pays lorsque le monitoring cardio-respiratoire à domicile y est introduit. C'est étonnant, mais il en est ainsi.

Toutefois, pour certains groupes à risques, un monitoring est indiqué. Je pense ici notamment aux nourrissons étant régulièrement victimes d'accidents cardio-respiratoires.

2014 stelde de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen voor de terugbetalingsvoorwaarden voor een polysomnografie aan te scherpen en zo 3 miljoen euro te besparen. Tegen dat voorstel rees er veel protest van pediaters.

Jammer genoeg hebt u die maatregel toch genomen.

Op welke besparing rekent u? Hoeveel kinderen zullen de test niet krijgen? Er is aangetoond dat die besparing kwalijke effecten zal hebben. Is hij dan wel gerechtvaardigd?

Op grond waarvan weigert u de terugbetaling van een polysomnografie voor een kind dat werd geboren na de wiegendood van een broer of zus? Er zijn gevallen bekend van broers en zussen van een wiegendoodkind die zonder een dergelijk onderzoek hetzelfde tragische einde zouden hebben gekend.

Het schrappen van de terugbetaling dreigt een parallelle markt te doen ontstaan.

18.02 Minister **Maggie De Block**: Op 1 april is er een nieuwe regelgeving met betrekking tot de cardiorespiratoire thuismonitoring van zuigelingen in werking getreden. Aan de financiering van het slaaponderzoek wordt er niet geraakt.

Volgens het verslag van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg leiden het slaaponderzoek en de thuismonitoring niet tot een daling van de wiegendood. Voor bepaalde risicogroepen is de monitoring aangewezen, bijvoorbeeld voor zuigelingen met cardiorespiratoire incidenten.

Sur la base de la nouvelle réglementation, les dépenses annuelles de l'assurance pour le monitoring à domicile passeront probablement, à l'avenir, de 4 600 000 euros (chiffre pour 2013) à 2 569 000 euros.

L'existence d'un petit risque que certains parents décident de louer ou d'acheter eux-mêmes du matériel de monitoring ne constitue en aucun cas un argument valable pour continuer à rembourser les frais inhérents à l'usage du monitoring pour des enfants à qui ce monitoring n'apporte aucune plus-value sur le plan médical.

Deux groupes cibles de l'ancienne réglementation n'ont pas été repris dans la nouvelle réglementation. Tout d'abord, les enfants nés de mère toxicomane ayant continué à consommer des drogues dures durant leur grossesse. En effet, ces enfants sont hospitalisés aussi longtemps qu'ils sont sous l'influence de la drogue. Durant cette hospitalisation, ils sont placés sous monitoring. À partir du moment où ils sont sevrés et qu'ils peuvent sortir de l'hôpital, un monitoring cardio-respiratoire n'est normalement plus nécessaire.

Ensuite, si les frères et les sœurs d'enfants décédés de mort subite sont en parfaite santé, il n'y a aucune raison médicale de les placer sous monitoring.

Ces conclusions ont résulté d'études scientifiques. La décision n'a pas été prise brusquement, en occultant le décès d'un bébé de mort subite. Un tel décès peut aussi survenir après la période de monitoring. Au cours de mes vingt-cinq années de pratique en tant que médecin traitant, j'ai malheureusement vécu le cas.

Je suis convaincue que la nouvelle réglementation mènera à une meilleure utilisation des moyens publics de l'assurance soins de santé sans qu'elle ne diminue la qualité des soins pour les nourrissons et n'entraîne une augmentation du nombre de cas de mort subite.

18.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, annuellement, cinquante à soixante nourrissons décèdent de mort subite en Belgique. Dans des situations à risque élevé de mort subite, notamment pour les enfants prématurés, en cas de malformations ou de troubles neurologiques, pour les enfants de mères toxicomanes et pour les frères et sœurs de bébés décédés de mort subite, on sait que le risque de décéder de mort subite n'est pas de 1 sur 1 500 mais bien de 1 sur 150. C'est beaucoup plus important que pour la moyenne des nourrissons.

Peut-être que des excès avec des prescriptions inutiles en matière de monitoring cardio-respiratoire des nourrissons ont été commis. Mais, dans le même temps, je ne suis pas sûre que passer de presque tout à quasiment rien soit raisonnable, compte tenu du risque beaucoup plus élevé de mort subite pour les catégories que je viens d'énoncer.

Par ailleurs, la manière dont cela se fait va surtout entraîner le

Als de broers en zussen van een wiegendoodkind perfect gezond zijn, is er geen enkele medische reden om hen te monitoren. Die conclusies komen uit wetenschappelijke studies! Er stierven ook kinderen na de monitoringperiode.

Ik ben ervan overtuigd dat de nieuwe regelgeving zal leiden tot een betere aanwending van de openbare middelen van de ziekteverzekering, zonder dat de kwaliteit van de zorgverlening zal worden aangetast of dat het aantal gevallen van wiegendood zal toenemen.

De verzekeringsuitgaven voor de thuismonitoring zullen van 4,6 miljoen euro in 2013 naar 2,5 miljoen euro dalen. Het feit dat sommige ouders zelf monitoring-apparatuur kunnen aanschaffen is geen reden om de kosten voor die monitoring te blijven vergoeden aan mensen voor wie die geen enkele meerwaarde biedt.

In de nieuwe regelgeving ontbreken er twee doelgroepen. De kinderen van een drugs-verslaafde moeder die tijdens haar zwangerschap harddrugs heeft genomen, worden in het ziekenhuis opgevolgd tot de effecten van de drugs uitgewerkt zijn. Zodra die kinderen ontwend zijn, wordt de monitoring overbodig.

18.03 Catherine Fonck (cdH): Bij prematuurtjes en kinderen met misvormingen of neurologische aandoeningen, indien de moeder drugs gebruikt of er een broer of zus aan wiegendood is gestorven, is het risico tien keer zo hoog. Er werd in het verleden misschien overdreven maar het is onredelijk om van alles naar niets of bijna niets te gaan. Het risico bestaat dat er zich een parallelle markt ontwikkelt en dat er wordt gemonitord zonder reden. Men had voor een minder brutale aanpak kunnen opteren die zich meer toespitst op risicosituaties.

développement d'un marché parallèle; on va peut-être continuer à placer des nourrissons sous monitoring alors qu'il n'y a pas de raison et, à l'inverse, pour les nourrissons à risques, on pourrait ne plus le faire. En la matière, on aurait pu avoir une approche moins brutale et plus axée sur des situations à risques, qui restent aujourd'hui connues.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 3678 et 4075 de Mme Catherine Fonck sont transformées en questions écrites.

19 Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "palliatieve sedatie" (nr. 4066)

19 Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sédation palliative" (n° 4066)

19.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb een vraag over palliatieve sedatie.

Begin maart 2015 traden de bisschoppen van België naar voren met een opiniestuk over euthanasie. Zij verklaarden te vrezen dat de grenzen van de euthanasiewet systematisch worden overschreden. Hun woordvoerder beaamde dat. De bisschoppen gaan er volgens hem van uit dat er veel euthanasie gebeurt waarop geen controle bestaat, omdat die gevallen niet worden gerapporteerd.

Dat is een vreemde assumptie, aangezien de wet dat uitdrukkelijk verbiedt.

Uw partijgenoot, de heer Patrick Vankrunkelsven was er dan ook snel bij om er in de pers op te wijzen dat euthanasie moet worden gerapporteerd. Meer nog, waar strenge regels en zorgvuldigheid gelden voor euthanasie, is dat niet het geval voor palliatieve sedatie. Aldus bestaat de kans dat artsen die levensbeschouwelijke problemen met euthanasie hebben, zonder enige controle wel palliatieve sedatie kunnen toepassen.

Eind maart verscheen een studie van professor Johan Bilsen en dokter Sam Rys van de Vrije Universiteit Brussel over palliatieve sedatie in woonzorgcentra. Daaruit blijkt dat artsen bij ruim een derde van de gesedeerde bewoners niet enkel de bedoeling hadden hun pijn te verlichten, maar ook het leven te verkorten. In nog eens 5 % van de gevallen was dat laatste zelfs de expliciete bedoeling.

De conclusies van de onderzoekers zijn dan ook opmerkelijk. De praktijk van palliatieve sedatie wordt volgens de heer Rys onvoldoende afgebakend. Artsen beginnen misschien met palliatieve sedatie om de pijn van terminale patiënten te bestrijden. Daarna echter komt de familie, die van oordeel is dat het te lang duurt. Op het einde kan het ook minder kwaad, wanneer de oudere patiënt ten gevolge van die sedatie overlijdt. De artsen verlaten dus onderweg hun oorspronkelijke uitgangspositie.

Een tweede verklaring van de heer Rys is dat in bijna vier op de tien gevallen er iets anders gebeurt dat aan elke controle of evaluatie ontsnapt. Men zou van trage euthanasie kunnen spreken, met dat

19.01 Jan Vercammen (N-VA):

Une étude que la VUB a consacrée récemment à la sédation palliative dans les centres d'hébergement et de soins fait apparaître que plus d'un tiers des médecins appliquent la sédation palliative non seulement pour soulager les souffrances du patient mais aussi pour abrégé sa vie. Les chercheurs en concluent que la notion de sédation palliative n'est pas suffisamment balisée. Il peut parfois s'agir de ce que l'on appelle "euthanasie lente". Ce qui la différencie de la sédation palliative, c'est qu'elle est soumise à des règles strictes.

Comment éviter que la sédation palliative soit appliquée dans le seul but d'esquiver la procédure légale d'euthanasie?

verschil dat euthanasie aan strikte regels is onderworpen en moet worden geregistreerd, terwijl dat met deze vorm van levensbeëindiging niet het geval is.

De reden waarom officieel niet voor euthanasie wordt gekozen, is volgens de onderzoekers dan ook de volgende. Ik citeer: "Ofwel omdat het beleid van het woonzorgcentrum geen euthanasie toelaat, ofwel omdat de artsen zelf sedatie verkiezen, soms ook om de euthanasieprocedure te omzeilen".

Dat zijn opvallende resultaten. Dat palliatieve sedatie zo vrij wordt toegepast, staat in schril contrast met het beleid rond euthanasie. Sommige bronnen melden dat één palliatieve sedatie op tien fout zou aflopen.

Palliatieve sedatie wordt acht keer meer uitgevoerd dan euthanasie. Het grootste verschil met euthanasie is dat de arts zonder toestemming van de patiënt daartoe kan beslissen.

Ik heb dan ook de volgende vragen. Bent u op de hoogte van deze discrepantie in de registratieprocedure en het wettelijk kader tussen palliatieve sedatie en euthanasie?

Hoe kan worden vermeden dat palliatieve sedatie tot trage, niet volgens de wet uitgevoerde euthanasie verwordt, vaak toegepast door sommigen om geen wettelijke procedure te moeten volgen?

19.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Vercammen, het onderzoek brengt inderdaad duidelijk naar voren dat dienaangaande nog werk te doen is op het terrein. De kous is niet af met het scheppen van een wettelijk kader inzake euthanasie. De resultaten van het onderzoek waar u naar verwijst worden nu nog door mijn diensten bestudeerd om te zien wat wij op het terrein kunnen gaan doen om zulke situaties eventueel te vermijden.

Er is inderdaad een essentieel onderscheid tussen wat verstaan wordt onder palliatieve sedatie en euthanasie of actieve levensbeëindiging. De intentie van de palliatieve sedatie kan alleen symptoombehandeling zijn, zoals pijnbestrijding bij de patiënt. De medicatie die daarvoor wordt toegediend moet ook proportioneel zijn om te voldoen aan de doelstelling van pijnbestrijding, maar mag er niet op gericht zijn het leven te verkorten of te beëindigen. Een eerste belangrijk aspect is dus de dosis van bepaalde middelen die men aan een patiënt toedient. Sommige middelen passen helemaal niet bij pijnbestrijding maar worden wel gebruikt bij euthanasie.

Wanneer de arts bij palliatieve sedatie zou beslissen het stervensproces te versnellen, bijvoorbeeld omdat de sedatie veel langer duurt dan verwacht, dan moet de procedure zoals bepaald in de wet van 28 mei betreffende de euthanasie, worden nageleefd. Anders handelt de arts niet conform de bepalingen van die wet. Men kan niet zomaar het ene in het andere laten overgaan zonder dat aan de procedure — schriftelijke toestemming van de patiënt, tweede advies door een LEIF-arts, dat nu trouwens ook wordt terugbetaald, enzovoort — wordt voldaan.

De bisschoppen van België hebben een opiniestuk gepubliceerd over euthanasie. Het is een thema dat alle burgers in ons land aanbelangt

19.02 **Maggie De Block**, ministre: L'étude en question démontre que cette matière mérite une réflexion très approfondie. Mes services planchent encore sur cette étude.

La distinction entre sédation palliative et euthanasie est essentielle. La sédation palliative ne peut servir qu'à combattre les symptômes et ne peut tendre à abrégé la vie. Tout l'enjeu consiste à administrer la dose précise des médicaments indiqués. Si un médecin veut accélérer le processus de mort, il doit suivre la procédure d'euthanasie. S'il ne le fait pas, il enfreint la loi. Par la même occasion, il témoigne ce faisant d'un manque de respect à l'égard des procédures prévues pour encadrer valablement la fin de vie d'un patient.

Le Parlement est par excellence le lieu où l'on s'interroge sur l'opportunité de changer la loi et où l'on se demande si un nombre suffisamment important de nos

en ook zij zijn burgers van dit land.

Wat betreft het wettelijk kader en eventuele aanpassingen, moeten wij op een ruime maatschappelijke consensus, een draagvlak, kunnen rekenen. Welke plaats is beter geschikt dan het Parlement om na te gaan of het wettelijk kader moet worden aangepast en of er binnen deze assemblee een maatschappelijk draagvlak voor te vinden is?

Dat debat zal waarschijnlijk worden vervolgd, maar intussen nemen wij dat onderzoek ernstig en wordt er nagegaan wat wij eventueel al kunnen doen om de beschreven schrijnende situaties aan te pakken. Een op tien van die patiënten ondervindt nadeel van dergelijke poging tot verdere of te hoge dosis palliatieve sedatie, met een bizar verloop. Dit is te ernstig en getuigt van weinig respect bij het omgaan met het levenseinde van een patiënt.

Dit debat moet dus inderdaad worden voortgezet, in deze commissie of in het halfroond. Het laatste woord hierover is nog niet gezegd.

19.03 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord.

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

20 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod voor homo- en biseksuele mannen om bloed te geven" (nr. 4078)

- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod voor homo- en biseksuele mannen om bloed te geven" (nr. 4109)

20 Questions jointes de

- **Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction du don de sang par les hommes homo- et bisexuels" (n° 4078)**

- **Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction du don de sang par les hommes homo- et bisexuels" (n° 4109)**

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle is afwezig.

20.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, zoals u natuurlijk weet, denkt Nederland eraan om zijn donorselectiebeleid opnieuw onder de loep te nemen. De reden is een oordeel van het Nederlandse College voor de Rechten van de Mens dat zegt dat de uitsluiting van homo- en biseksuele mannen als discriminerend kan worden beschouwd. Ook in België is er een gelijkaardige omkadering bij het bloed geven want mannen, die seks hebben gehad met andere mannen, mogen geen bloed doneren en dit levenslang.

In *De Artsenkrant* van 17 april heb ik gelezen dat het Rode Kruis, dat gedurende twee jaar een systematische *review* heeft gedaan van de wetenschappelijke literatuur omtrent dit thema, erg terughoudend reageert ten aanzien van een eventuele aanpassing van die voorzorgsmaatregel. Het Rode Kruis meent dat het wetenschappelijk onderzoek vandaag onvoldoende bewijs biedt om de maatregel te wijzigen. In afwachting van meer en beter onderzoek vraagt het Rode Kruis het huidige beleid te behouden. Enkel een aanpassing van de termijn van uitsluiting is volgens de organisatie wel te overwegen.

concitoyens adhère à ce changement. On ne pourra pas faire l'économie de ce débat. Mes services prennent en tout cas cette étude au sérieux.

20.01 Valerie Van Peel (N-VA): Les Pays-Bas songent à réexaminer la sélection des donneurs de sang après que le collège néerlandais des droits de l'homme a estimé que l'exclusion des homosexuels et bisexuels masculins pouvait être considérée comme discriminatoire. La Croix-Rouge se montre extrêmement réservée par rapport à une éventuelle adaptation de la mesure de précaution, estimant que seule une adaptation du délai d'exclusion pourrait être envisagée. La ministre aurait en outre sollicité l'avis du CSS.

Pour quand pouvons-nous espérer cet avis? Est-il souhaitable que la

Ik lees in hetzelfde artikel ook dat u advies zou hebben gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad.

politique actuelle soit modifiée?
Que pense-t-elle d'une adaptation du délai d'exclusion?

Ik kom dan tot mijn vragen. Heeft u dit advies inderdaad opgevraagd? Heeft u het advies al ontvangen of wanneer mogen wij het verwachten? Wat is eigenlijk uw standpunt? Acht u een aanpassing van het huidige beleid wenselijk? Wat is uw mening inzake een aanpassing van minstens de termijn van uitsluiting?

20.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Peel, er is ter zake inderdaad wat gaande in de ons omringende landen.

20.02 **Maggie De Block**, ministre: La situation est en effet en train d'évoluer chez nos voisins.

In de eerste plaats ben ik van mening dat ook in de transfusiegeneeskunde de risico's voor de ontvanger, de patiënt die bloedproducten krijgt, tot een absoluut minimum moeten worden beperkt.

La médecine transfusionnelle doit aussi limiter au maximum les risques pour le receveur.

Het Europese Hof van Justitie heeft in een uitspraak inderdaad gesteld dat homoseksuele mannen onder voorwaarden kunnen worden uitgesloten voor het geven van bloed en dit in het kader van een vermeende discriminatoire uitsluiting van deze personen in Frankrijk.

La Cour européenne de Justice a estimé que les homosexuels masculins pouvaient, sous certaines conditions, être exclus du don de sang et cela à la suite de la politique d'exclusion que pratique la France dans ce cadre. J'ai demandé que l'AFMPS se prononce sur la valeur juridique de cet arrêt.

Ik heb ook een juridisch advies gevraagd aan de diensten van het FAGG over de juridische waarde van deze uitspraak. Welke voorwaarden kunnen worden opgelegd? Volstaat een verklaring op eer? Men heeft het onder andere ook over "geen seksuele contacten gedurende het laatste jaar vóór de bloedafname".

Selon la Cour, il faut déterminer s'il existe encore un risque accru de contracter des maladies infectieuses transmissibles et des virus tels que le VIH par le sang. Il faut également rechercher des méthodes moins contraignantes permettant malgré tout de garantir la sécurité et la santé du receveur.

Het Hof stelt onder meer dat nagegaan moet worden of, voor mannen die seksuele betrekkingen hebben met mannen, het hoger risico van het krijgen van bloed met overdraagbare infectieziekten en ziektes zoals hiv nog steeds bestaat in Frankrijk. Ook moet worden gekeken of er minder belastende technieken bestaan die toch de veiligheid en de gezondheid van de ontvanger garanderen, met andere woorden, waarschijnlijk andere opsporingstests dan diegene die nu gebeuren.

J'ai demandé au CSS un avis prioritaire concernant les critères d'exclusion du don de sang. Il ne s'agit pas uniquement des seuls risques infectieux.

Aan de Hoge Gezondheidsraad heb ik een advies gevraagd over de uitsluitingscriteria voor bloeddonatie in zijn globaliteit. Die vraag reikt ook verder dan enkel infectieuze risico's. Ik heb gevraagd om aan dat project prioriteit te geven binnen de lijst van de talrijke adviesvragen die gesteld worden.

Une concertation a lieu entre mon cabinet et les établissements de transfusion sanguine en vue de définir les actions à entreprendre et leurs fondements juridiques. Il s'agit là d'une question importante qui touche de très nombreuses personnes.

Voorts vindt er overleg plaats tussen mijn kabinet en de bloedinstellingen om kennis te nemen van hun standpunten. Zo kunnen we bekijken welke stappen we kunnen zetten en hoe een en ander juridisch onderbouwd is. Dat is namelijk een belangrijke aangelegenheid die, zoals de heer Senesael in vorige vergaderingen ook al heeft aangekaart, heel veel mensen aangaat.

À la Croix-Rouge, le mode de fonctionnement demeure pour l'instant inchangé. L'exclusion a

Ik heb ook goed geluisterd naar de uitleg van Philippe Vandekerckhove. Hij zegt dat bij het Rode Kruis de zaken voorlopig blijven zoals ze zijn. Voor het Rode Kruis gaat het om een uitsluiting op basis van een technische reden, namelijk de veiligheid van het bloed voor de ontvanger, en niet een uitsluiting op basis van een juridische reden, wat tot een discriminatie zou kunnen leiden. Ik neem

daarvan nota. Ik vind dat een heel genuanceerde uitleg. Dat neemt echter niet weg dat wij ook moeten nagaan wat er daarmee gebeurt in de ons omringende landen, om vervolgens te evalueren hoe wij daarmee omgaan.

Belangrijk is dat wij dat in alle sereniteit bespreken. Als wij een beslissing nemen, dan moet de veiligheid van de ontvanger gewaarborgd blijven, dus het risico mag niet verhogen ten opzichte van nu. Daar staat tegenover dat wij niet willen discrimineren op basis van seksueel gedrag op zich, maar de veiligheid van het bloed is natuurlijk zeer belangrijk.

lieu pour des raisons techniques et non juridiques. Il s'agit donc d'une explication très nuancée. Quoi qu'il en soit, nous devons également examiner la situation des pays voisins.

Nous devons aborder ce sujet avec sérénité. Au travers de chaque décision, nous devons continuer à garantir la sécurité des receveurs. Nous ne voulons pas d'une discrimination sur la base de l'orientation sexuelle en soi, mais la sécurité du sang est évidemment essentielle.

20.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, volgens mij zit de volledige commissie op uw lijn. Niemand heeft de bedoeling om te discrimineren. Het belangrijkste is dat wij de veiligheid van het bloed kunnen garanderen. Dat moet voor iedereen zo zijn.

Ik vind het echter wel goed dat u werk hebt gemaakt van het bekijken wat de parameters precies kunnen zijn, zowel technisch als gebaseerd op voorbeelden uit het buitenland, om na te gaan of er ergens kan worden geschoven zonder dat het risico voor de kwaliteit en de veiligheid van het bloed vergroot. Ik volg u daar zeker in en dank u dat u hier werk van maakt.

20.03 Valerie Van Peel (N-VA): L'objectif n'est nullement de pratiquer une discrimination. L'essentiel est de pouvoir garantir la qualité du sang. Je suis heureuse d'apprendre que la ministre est prête à se pencher sur les différents paramètres.

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

21 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zoutreductie" (nr. 4049)

21 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction de la consommation de sel" (n° 4049)

21.01 Yoleen Van Camp (N-VA): In maart heb ik al een vraag gesteld over de nutritionele verbetering van voedingsproducten. U hebt in uw antwoord verwezen naar een representatief onderzoek door het WIV in 2009 om, bij wijze van nulmeting, de hoeveelheid zout te kennen die door de burgers in België geconsumeerd werd. Het dagelijkse gemiddelde bleek 10,45 gram te bedragen, of iets meer dan het dubbele van de door de WHO aanbevolen maximale hoeveelheid. U vertelde toen ook dat er een andere studie afgerond was waarin nagegaan werd of de doelstelling van het akkoord van 2009, een reductie met 10 % dus, was bereikt. De resultaten daarvan zouden eind maart beschikbaar zijn.

21.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Il ressort d'une étude effectuée en 2009 qu'en Belgique, la consommation quotidienne de sel atteint environ le double de la consommation recommandée par l'OMS. Un projet tendant à faire réduire la consommation de sel de 10 % devait être mené. Son évaluation devait être prête fin mars.

Zijn die resultaten ondertussen beschikbaar? Zo ja, kunt u die even toelichten en nadien eventueel aan ons bezorgen? Nopen de resultaten u tot verdere acties of hebben de resultaten u gerustgesteld? Indien u verdere acties en stappen zult ondernemen in het dossier, welke zullen dat dan zijn?

L'objectif a-t-il été atteint? D'autres actions sont-elles prévues?

21.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, de tweede zoutstudie, waarnaar u verwees, zou ons moeten toelaten vast te stellen of de inname van zout door de bevolking sedert 2009 met

21.02 Maggie De Block, ministre: L'étude n'est pas terminée, à cause de problèmes

minstens 10 % is gedaald. Dat was toen ons streefcijfer. Er is een vertraging in de publicatie van de resultaten opgetreden, door, zo zegt men mij, technische problemen bij de verzameling van de stalen en de analyse ervan.

Men heeft mij beloofd dat de resultaten in de loop van juni beschikbaar zouden zijn. Ik meen te weten dat het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid die dan ook meteen zal publiceren. Ik krijg die, maar die worden ook op de website gepubliceerd. Desalniettemin zullen wij ten behoeve van de leden de resultaten ook naar de Kamercommissie doorsturen.

De problematiek werd ook Europees aangekaart. (...) In de meeste Europese landen is men erin geslaagd – in sommige landen is men er met vertraging aan begonnen – het zoutgebruik te reduceren. Het blijkt veel moeilijker om het gebruik van suiker te verminderen en het vetgehalte te reduceren. Men is nu aan het onderzoeken waarom een zoutreductie blijkbaar wel mogelijk is. Zout zat vooral in brood en aanverwante producten. Men heeft het zoutgehalte in die producten heel stilletjes laten dalen. Dan blijkt dat mensen dat brood blijven eten.

Dat zou veel moeilijker gaan waar het om suiker gaat. Suiker is ook een bewaarmiddel. Als men confituur maakt met een ander product dan suiker – en ik noem geen merken, maar er zijn er verschillende op de markt –, blijft die confituur minder lang goed en beschimmelt die vlugger. Het is suiker, dat onze medicijnsiropen langer houdbaar maakt en onze confituur langer houdbaar maakt. Zo is er ook fruitsap met of zonder toegevoegde suikers. Fruitsap met toegevoegde suikers kan langer houdbaar zijn. Sommige consumenten zullen zeggen dat ze iets niet meer kopen, omdat het rapper zuur is of er vlugger schimmel op staat, terwijl het eigenlijk gezond is.

Een probleem daarbij is natuurlijk de open markt. Producten liggen in het magazijn naast elkaar. Daar zijn al studies over uitgevoerd. Als men bijvoorbeeld het suikergehalte in één product doet dalen, ziet men dat het aantal consumenten dat het product koopt, na een tijd vermindert. Consumenten zullen het product met de meeste suiker kopen, ook al is dat ongezonder.

Het wordt alleszins interessant om te debatteren over de vraag hoe we het koop- en eetgedrag van de consumenten naar gezonde producten kunnen beïnvloeden. Dat is een van de bezorgdheden van de WHO en vooral van de Europese lidstaten, omdat er een sterk verband is tussen bepaalde hart- en vaatziekten en het zoutgehalte of het calorogene gehalte, gelet op onze sedentaire levensstijl.

21.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat klopt. Het is dan ook een belangrijke bekommernis van onze fractie, waarvoor wij meer initiatieven verwachten.

Ook zout is een belangrijk bewaarmiddel. Daar is wel een reductie bereikt. Ik ben het ermee eens dat samen met de sector bekeken moet worden hoe wij het suikergehalte naar beneden kunnen halen.

Het blijft belangrijk ook zout op te volgen. Wij weten dat het probleem in omvang afgenomen is. Wij kunnen echter niet met zekerheid zeggen dat hier niet meer op ingezet moet worden.

techniques survenus lors de la collecte des échantillons et de leur analyse. Les résultats devraient être disponibles en juin. Ils seront alors placés sur le site internet mais je les communiquerai aussi aux membres de notre commission. Dans la plupart des pays européens, la consommation de sel a pu être réduite. Des recherches sont menées pour comprendre pourquoi ce qui a réussi pour la consommation de sel, échoue pour la consommation de sucre et de graisses. La teneur en sel du pain et des produits apparentés a été diminuée progressivement.

Le sucre est également un agent conservateur et les produits qui en contiennent moins se gâtent plus rapidement. Il n'est pas facile de prendre des mesures dans le contexte d'un marché libre. Réduisez la teneur en sucre d'un produit et ses ventes baisseront après un certain temps. Orienter la population vers des habitudes d'achat et de consommation plus saines constitue un réel défi.

Compte tenu de notre mode de vie sédentaire, une forte corrélation a pu être établie entre la teneur en sel des produits et certaines maladies cardio-vasculaires.

21.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Après la réduction de la teneur en sel, il faut à présent également réduire la teneur en sucre en concertation avec le secteur. L'étude dont les résultats se font attendre est-elle une autre étude que l'Enquête de Santé à laquelle la ministre se référerait dans une précédente réponse?

Ik heb nog één vraag. Is de studie die vertraging heeft opgelopen, een andere studie dan de gezondheidsenquête, waar u in uw vorig antwoord naar verwezen hebt?

21.04 Minister **Maggie De Block**: Ja, de studie gaat over de verwerking van gegevens in het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. De gezondheidsenquête was eigenlijk een bevraging van mensen over hun eetgewoonten en consumptiegedrag. Dat zijn twee verschillende zaken, maar we kunnen ze inderdaad naast elkaar leggen.

21.04 **Maggie De Block**, ministre: Oui, l'étude porte sur le traitement des données à l'Institut scientifique de Santé publique. L'enquête de santé interrogeait les participants sur leurs habitudes alimentaires et leur mode de consommation.

21.05 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Inderdaad. Dan zal ik hierover in juni een nieuwe vraag indienen.

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

22 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werkgroep over suiker" (nr. 4050)**

22 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le groupe de travail sur le sucre" (n° 4050)**

22.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, op 31 maart werd in deze commissie door mevrouw Dedry een vraag gesteld inzake het tijdschema met betrekking tot de werkzaamheden van de werkgroep over suiker. U antwoordde toen dat er in 2012 een werkgroep werd opgericht in het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan over energiereductie. In die werkgroep zetelen onder anderen personen van uw administratie, wetenschappelijke experts en vertegenwoordigers van de verschillende segmenten uit de voedings- en horecasector. Het doel van deze werkgroep is om te komen tot een vermindering, niet alleen op het vlak van suikers maar ook op het vlak van verzadigde vetten en transvetten.

22.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Le 31 mars, Mme Dedry a posé une question sur le calendrier des travaux du groupe de travail sur le sucre. Ce groupe de travail entend réduire la consommation de sucre, mais aussi celle des graisses saturées et des trans industrielles.

Eind april, begin mei ten laatste zou deze werkgroep terug samenkomen, volgens het antwoord dat u op 31 maart aan mevrouw Dedry gaf. Is deze werkgroep de voorbije weken inderdaad samengekomen? Kunt u een lijst geven van wie daar allemaal aanwezig was of zal zijn, indien de vergadering nog moet plaatsvinden?

Le groupe de travail s'est-il réuni ces dernières semaines, comme la ministre l'avait indiqué dans sa réponse? Quelles sont ses conclusions? Quelles mesures concrètes ont été prises? Quand aura lieu la prochaine réunion? Qui était présent à la réunion ou, si celle-ci devait encore avoir lieu, qui serait présent?

Als deze werkgroep al is samengekomen, werden er dan al concrete afspraken gemaakt en concrete maatregelen genomen? Werd er een tijdschema opgesteld binnen hetwelk wij de eventuele maatregelen mogen verwachten?

Voor wanneer is de volgende bijeenkomst van deze suikerwerkgroep gepland?

22.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, in de werkgroep energiereductie zijn de voedingsindustrie en de diverse deelsectoren vertegenwoordigd, ook de grootdistributie, de horeca, mijn administratie en wetenschappelijke experts. De werkgroep heeft inderdaad tot doel om tot verminderingen te komen op het vlak van de hoeveelheid vetten, zowel verzadigde vetten als transvetten,

22.02 **Maggie De Block**, ministre: Le groupe de travail "Réduction de l'apport énergétique" réunit des représentants de l'industrie alimentaire, de la grande

toegevoegde suikers en de grootte van de porties.

Men heeft ervoor gekozen om eerst een bilateraal overleg te houden, alvorens de werkgroep samen te brengen in zijn plenaire samenstelling. Er is al met de sector van de sojaproducten en met de margarinesector overleg gepleegd. Andere bilaterale ontmoetingen zijn gepland in de loop van de maand mei, onder andere met de graansector, de zuivelsector en de grootdistributie. Pas daarna zal men terugkeren naar de plenaire setting. Het is natuurlijk belangrijk om met de diverse sectoren al bilaterale contacten te hebben en zo de knelpunten en gevoeligheden die betrekking hebben op hun eigen sector en bevoegdheid aan te pakken, alvorens iedereen samen rond de tafel te brengen.

Het blijft een streven om samen met de sectoren tot een engagement over concrete reducties te komen. Het is belangrijk dat de impact meetbaar is, maar het engagement moet ook haalbaar zijn voor de gesprekspartners. Het gaat om producten op de markt. Hun bezorgdheid is natuurlijk dat, als zij een reductie doen, hun product niet meer zal worden gekocht en verbruikt. Men kan de gevoeligheid van beide kanten begrijpen, en dus ook de gevoeligheid van de onderhandelingen. Daarom werd gekozen om eerst een aantal bilaterale ontmoetingen te organiseren. Dat is niet per se tijdverlies, want zij kunnen sneller leiden tot een consensus in de plenaire vergadering.

distribution, de l'horeca, de mon administration et des experts scientifiques. Ses travaux portent effectivement sur la réduction de la présence de lipides et de sucres ajoutés dans l'alimentation.

Une concertation est organisée avant de convoquer la réunion plénière du groupe de travail. Le secteur des fabricants de produits à base de soja et les producteurs de margarine ont déjà été consultés. Vient à présent le tour des secteurs céréalier et laitier et de la grande distribution. Cette concertation préalable permet d'analyser les problèmes et les sensibilités des secteurs respectifs avant de mettre tout le monde autour de la table.

Notre ambition est d'obtenir l'engagement des différents secteurs de réduire concrètement l'apport énergétique. L'incidence de cette réduction de l'apport énergétique doit impérativement être mesurable, mais il faut également que l'engagement souscrit par les différents interlocuteurs demeure réaliste. Ils craignent en effet que l'application de ces réductions de l'apport énergétique n'entraîne un recul de la vente de leurs produits. La concertation préalable n'est pas une perte de temps, mais doit permettre d'obtenir plus rapidement un consensus lors de la réunion plénière du groupe de travail.

22.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, wanneer zullen zij samenkomen?

22.04 Minister Maggie De Block: Bedoelt u de plenaire vergadering?

22.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Ja.

22.06 Minister Maggie De Block: Dat weet ik niet. In de maand mei is dat voor de graansector, de zuivelsector en de grootdistributie. Er zijn er al twee aan de beurt. Ik zal mij verder moeten informeren over wanneer de plenaire vergadering zal plaatsvinden.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 4087 van de heer Senesael wordt uitgesteld.

La **présidente**: La question n° 4087 de M. Senesael est reportée.

23 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-invasieve prenatale test (NIPT)" (nr. 4096)

23 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test prénatal non invasif (DPNI)" (n° 4096)

23.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik kom terug op een vraag die ik u in maart heb gesteld over de NIPT.

In de loop van de paasvakantie is deze materie terug onder de aandacht gekomen, onder meer door een artikel in *De Morgen*. Daarin werd naar een Amerikaans-Zweedse studie verwezen, die begin april werd gepubliceerd in *The New England Journal of Medicine*. Die studie toont aan hoe goed de niet-invasieve prenatale test of NIPT werkt.

Dankzij de NIPT konden artsen in alle 38 gevallen Down detecteren. Slechts 9 vrouwen hadden een vals-positief resultaat. De klassieke combinatietest, waarbij de leeftijd, de waarden van enkele hormonen in het bloed en de nekplooiemeting doorslaggevend zijn, haalde er 30 van de 38 gevallen uit en had 854 keer een vals-positief resultaat.

Dit onderzoek was voor heel wat gynaecologen de aanleiding om nog eens te pleiten voor een terugbetaling van de NIPT voor iedereen.

Dat dit de Staatskas extra geld zou kosten, is volgens deze professoren absoluut geen zekerheid. Volgens hen kost de klassieke combinatietest ook veel geld: de nekplooi meten, het neusbeen meten, de hartklep bestuderen, de bloedafname en de puncties.

De argumentatie is dat, als bij iedereen een NIPT wordt uitgevoerd, een heleboel vals-positieven kunnen vermeden worden, alsook dure vruchtwaterpuncties of vlokkentesten.

Mevrouw de minister, hebt u al een terugbetalingvoorstel ontvangen van de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV? Deelt u de mening van die professoren dat de test niet enkel bij risicogroepen zou moeten worden toegepast maar bij iedereen? Wat zijn dan de argumenten in positieve of negatieve zin?

Gaat u akkoord met de visie van diezelfde professoren dat het opleggen van zo'n test voor iedereen een nuloperatie voor de Staatskas zou zijn?

Wat is de kostprijs van de klassieke combinatietest? Wat is de kostprijs van de vals-positieven die nadien een vruchtwaterpunctie of vlokkentest moeten ondergaan?

23.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, er zijn inderdaad besprekingen over een terugbetalingsvoorstel bezig binnen de Technisch Geneeskundige Raad. Met een kost van 390 euro per test zoals het College van de Belgische Genetici vorige week heeft voorgesteld, betekent een terugbetaling in de eerste lijn voor alle zwangere vrouwen een meerkost van 28 miljoen euro per jaar. Dat valt af te leiden uit het rapport van het Kenniscentrum.

23.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Le test DPNI permet de dépister le syndrome de Down avec un maximum de précision sur la base d'une méthode non invasive. De nombreux gynécologues préconisent pour cette raison le remboursement du DPNI pour toutes les femmes enceintes.

La ministre a-t-elle déjà reçu une proposition de remboursement de la part du Conseil technique médical de l'INAMI? Estime-t-elle également que le test doit être remboursable pour toutes les femmes enceintes? Partage-t-elle l'opinion des gynécologues, qui estiment que cette décision ne coûterait pas un euro au Trésor étant donné que ce test remplacerait les autres? Quel est le coût d'un test combiné et d'une amniocentèse ou d'un prélèvement des villosités choriales après un résultat faussement positif?

23.02 **Maggie De Block**, ministre: Le Conseil technique médical (CTM) discute du remboursement de ces tests. D'après le collège des généticiens belges, le remboursement du test pour toutes les femmes enceintes

Opdat de terugbetaling voor iedereen kosteneffectief zou zijn, wat betekent dezelfde kost per screening als vandaag, zou de prijs van de NIPT moeten zakken tot 150 euro per test. Dan zou de budgettaire meerkost nog altijd om en bij de 4 miljoen euro per jaar bedragen. Dat lijkt mij echter een redelijk bedrag te zijn. De prijs is dus nog niet laag genoeg om het zomaar te implementeren voor iedereen.

Daarom werd op mijn vraag door de Technisch Geneeskundige Raad enkel een voorstel gedaan voor terugbetaling in de tweede lijn, wat betekent voor risicogroepen. Volgens het rapport van het Kenniscentrum werd de screening van het eerste trimester op 82,42 euro geschat. De invasieve test verbonden aan een positief resultaat wordt op 934 euro geschat. Dat is dus meer dan tien keer zoveel. De invoering in stappen, eerst voor de risicogroepen – het zijn deze die nu een invasieve test ondergaan – zal natuurlijk niet kunnen vermijden dat er in een aantal gevallen toch nog een punctie bovenop komt.

Het blijft immers een screeningtest. Wij moeten voorzichtig zijn met te beweren dat het alle latere puncties zal vermijden. Dat zal in een aantal gevallen maar niet in alle gevallen kloppen. Het blijft immers een screeningtest, die weliswaar accuraat is. U weet dat er bepaalde gevallen zijn waarin er toch voor wordt geopteerd een punctie te doen.

Ik wacht dus op het advies van de Technisch Geneeskundige Raad. Wij staan echter klaar.

Wanneer zal het dossier klaar zijn? Ik kan moeilijk bij acht grote administraties elke dag vragen wanneer en hoe aan het dossier wordt doorgewerkt. In mijn administratie is er nochtans veel wil om hard te werken. Ik kan echter niet het onmogelijke van hen vragen. Ik ben dus een beetje geduldig wanneer het daarover gaat. Zij moeten immers ook grondige besprekingen voeren.

23.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wij volgen ook dat dossier nader op.

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

De **voorzitter:** Vraag nr. 4130 van mevrouw Van Hoof wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

La question n° 4135 de M. Blanchart est reportée.

24 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wachtdienstorganisatie voor de artsen in Brussel" (nr. 4178)

24 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation du service de garde des médecins de Bruxelles" (n° 4178)

24.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, in november heb ik u al gevraagd naar de voorgestelde samenwerking tussen de Nederlandstalige Brusselse huisartsenkring en haar Franstalige tegenhanger FAMBG met betrekking tot de wachtdienstorganisatie. Op dat moment was een beslissing door de Brusselse Huisartsenkring (BHAK) over de samenwerking nakend.

coûterait 28 millions d'euros supplémentaires sur la base de 390 euros par test. Seule une diminution du prix du DPNI, qui devrait passer à 150 euros, permettrait de maintenir le coût du screening au même niveau qu'actuellement. Dans ce cas, le surcoût budgétaire atteindrait encore 4 millions d'euros. Ce montant me paraît raisonnable. Comme le test est trop coûteux pour le moment pour permettre un remboursement généralisé, le CTM a proposé de ne le rembourser qu'au bénéfice des groupes à risques, en deuxième ligne.

Le coût du screening classique effectué au premier trimestre est estimé à 82,42 euros. Celui du test invasif effectué après un résultat positif est estimé à 934 euros. Le DPNI, qui ne constitue qu'un dépistage, ne permettra pas d'éviter absolument toutes les ponctions.

J'attends l'avis du CTM.

La **présidente:** La question n° 4130 de Mme Van Hoof est transformée en question écrite. Vraag nr. 4135 van de heer Blanchart wordt uitgesteld.

24.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Le cercle néerlandophone des médecins généralistes de Bruxelles (BHAK) et son pendant francophone (la FAMGB) collaborent semble-t-il dans le

Ik schets opnieuw de problematiek en beklemtoon dat het vooral bij urgente zorg cruciaal is om een zorgverlener te hebben die de taal van de patiënt machtig is. In Brussel hebben Nederlandstalige patiënten het recht op zorg in hun eigen taal, ook in het kader van een wachtdienst. Er is in principe geen bezwaar tegen een samenwerking tussen de Nederlandstalige en Franstalige Brusselse huisartsenkringen met het oog op de organisatie van een wachtdienst, maar Nederlandstalige patiënten moeten de zekerheid hebben dat ze in hun taal geholpen worden, zowel bij de telefonische oproep wanneer ze terechtkomen bij een callcentrum, als bij het onthaal in de wachtpost als bij de behandelende huisarts. De huidige organisatie van de Nederlandstalige wachtdienst staat garant voor Nederlandstalige zorg op elk niveau tijdens en buiten de officiële wachturen.

Het voorstel van samenwerking is in vergelijking met de huidige situatie een enorme achteruitgang op het vlak van de Nederlandstalige dienstverlening. Nochtans leidt het gebrek aan tweetaligheid tot schrijnende toestanden, met een verhoogd risico op verregaande medische gevolgen, mogelijk zelfs de dood. Als huisarts bent u zich daar allicht van bewust. Juist door de bezorgdheid van vele Nederlandstalige Brusselse huisartsen over het gebrek aan garanties met betrekking tot de Nederlandstalige dienstverlening, stemde in november maar een nipte meerderheid van de BHAK-leden voor een samenwerking met FAMBG, vooral gekleurd door de tekorten in eigen kringen. Toen gold echter een regel bij het RIZIV dat de ingrijpende beslissing over de samenwerking met een meerderheid van 70 % moest worden aangenomen. Vandaar dat de samenwerking toen geen vorm kreeg.

Op 27 maart 2015 werd, totaal onverwacht, de samenwerking opnieuw voorgelegd aan de leden van BHAK. Even onverwacht bleek dat het RIZIV de regels had bijgesteld. Terwijl voorheen een meerderheid van 70 % ja-stemmen vereist was, bleek dat plots niet meer nodig. Het BHAK werd dan ook geconfronteerd met de beslissing van de VGC om de gebouwen, die de organisatie al 36 jaar gebruikt voor de wachtdienst, ineens te verkopen.

Bij de stemming in november gold de 70 %-regel, waarbij de beslissing tot samenwerking met de FAMBG enkel kon worden genomen met 70 % ja-stemmen. Bij de stemming van maart heeft het RIZIV plots beslist dat die meerderheid plots niet meer nodig is. Wie heeft beslist om die regel te wijzigen en de samenwerking toe te staan met een gewone meerderheid in plaats van een 70 %-meerderheid? Waarom is dat precies beslist? Wanneer is dat beslist? Wanneer en hoe werd de wijziging gecommuniceerd naar de BHAK-leden?

De coördinator van het project is Nederlandsonkundig, ondanks het feit dat zij het project al drie jaar coördineert. Bij mijn vraagstelling in november liet u weten dat u dat zou onderzoeken. Is dat ondertussen gebeurd? Wat zijn uw bevindingen? Vindt u het noodzakelijk voor het project dat de coördinator wel degelijk tweetalig is? Zult u het tijdelijk contract van de coördinator verlengen? BHAK heeft zich immers nooit willen verbinden tegenover een Nederlandsonkundige coördinator.

De wachtdienst is een openbare dienst. Het is, zoals ook wettelijk bepaald, verplicht om de tweetaligheid te garanderen. U zei zelf dat in

domaine de l'organisation des services de garde. En soi, toute collaboration est positive, mais les néerlandophones doivent avoir la garantie qu'ils seront aidés dans leur propre langue. Sur ce plan, la proposition de collaboration représente un recul considérable qui comporte des risques sur le plan médical.

Se fondant sur ces craintes, seule une faible majorité de généralistes néerlandophones ont voté en novembre en faveur d'une collaboration. En définitive, cette dernière n'a pas vu le jour étant donné que le projet aurait dû obtenir 70 % des suffrages des membres du BHAK en vertu du règlement de l'INAMI.

Le 27 mars 2015, la collaboration a été à nouveau soumise aux membres du BHAK, sans que ces derniers en aient été préalablement avisés. Il est apparu à cette occasion que l'INAMI avait entre-temps modifié les règles. Le BHAK a été prié de revendre ses bâtiments.

Qui a décidé de modifier les règles et de se contenter d'une majorité simple? Quand cette décision a-t-elle été prise? Quand et comment cette modification a-t-elle été communiquée aux membres du BHAK?

La personne en charge de la coordination du projet depuis 3 ans ne maîtrise pas le néerlandais. La ministre avait promis d'étudier la situation. L'a-t-elle fait? Prolongera-t-elle le contrat temporaire de ce coordinateur? Est-il admissible selon elle qu'il ne connaisse pas le néerlandais?

Le critère en vertu duquel chaque patient doit pouvoir s'adresser à un médecin dans sa langue maternelle reste-t-il d'application dans le cadre de l'accord de coopération? Comment en garantir le respect? Est-il exact que le

de financieringscontracten steeds wordt geëist dat de wachtorganisatie rekening houdt met de taalkundige samenstelling van de bevolking. Biedt u nu dezelfde garanties op het vlak van de tweetaligheid in het kader van de wachtdienst, georganiseerd door de twee kringen, als dewelke worden aangeboden in het kader van de huidige organisatie van de wachtdienst door het BHAK? Welke exacte garanties biedt u, buiten een zinnetje op papier, dat de twee- of meertaligheid wel zal worden gegarandeerd? Er is sprake van een voorafgaande taaltest door Selor voor de Franstalige huisartsen. Kloppen die bevindingen? Is er een concrete voorafgaande taaltest voor het personeel van het callcenter en het onthaal van de wachtpost? Zo ja, welke?

Wie zal die taaltest afnemen en beoordelen? Welk niveau is er vereist voor welke talen? Wat is de consequentie van het al dan niet slagen voor die test?

Tot slot, in het kader van de samenwerking zullen de acht personeelsleden van het huidige callcenter van de Nederlandstalige wachtdienst niet aan de slag kunnen gaan in de nieuwe structuur. Het gaat om tweetalige personeelsleden met jarenlange ervaring. Wat is uw opinie daarover? Kan daar toch nog een mouw aan worden gepast?

24.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, ook die vraag komt geregeld terug.

In antwoord op uw eerste vraag kan ik u meedelen dat de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV op 27 februari 2015 communiceerde met de voorzitter van de Brusselse huisartsenkring. Die communicatie ging inderdaad over het percentage van de leden van de kring dat moet instemmen met de wens om onderhandelingen te voeren om de Nederlandstalige en Franstalige huisartsenwachtdienst op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te laten samenwerken.

In een eerste stemming daarover werd aangenomen dat een meerderheid van 70 % nodig was om die beslissing te nemen. Die 70 %-regel geldt echter uitsluitend als het gaat om de oprichting van een nieuwe wachtpost. In het voorliggend geval is er geen sprake van een nieuwe wachtpost, maar van een samenwerking tussen verschillende wachtkringen. De dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV oordeelde daarom dat een gewone meerderheid voldoende was om die beslissing tot samenwerking te nemen.

Het RIZIV heeft dus op geen enkel moment de regels gewijzigd. De kringen blijven bestaan, elk met hun autonomie; het gaat over een eventuele samenwerking tussen beide.

Wat uw tweede, derde en vierde vraag betreft, moet ik u eerst en vooral wijzen op de financieringsmechanismen die momenteel van toepassing zijn ingevolge de beslissingen van het verzekeringscomité van 5 mei 2015, waarbij voor het eerste semester van dit jaar een aantal voorlopige bedragen voor de werking van wachtposten en de algemene coördinatie van het project worden toegekend, zonder verbintenissen ten opzichte van de sommen die voor het globaal project worden gevraagd en waarover later nog beslissingen moeten worden genomen.

Selor va soumettre les médecins francophones à un test linguistique? Le personnel du centre d'appel et de l'accueil du poste de garde doit-il présenter un examen linguistique préalable?

Huit membres du personnel bilingues du centre d'appels du service de garde néerlandophone ne pourront pas intégrer la nouvelle structure. Peut-on encore changer cette situation?

24.02 **Maggie De Block**, ministre: La condition initiale prévoyant que 70 % des membres du BHAK devaient approuver la coopération était erronée. Ce pourcentage ne s'applique qu'en cas de création d'un nouveau poste de garde. L'INAMI n'a donc à aucun moment modifié les règles. Les cercles de médecins généralistes continuent d'exister. Il est uniquement question d'une coopération entre les deux services.

Actuellement, les mécanismes de financement sont d'application à la suite des décisions du comité d'assurance du 5 mai 2015 et les postes de garde fonctionnent donc avec des montants provisoires. Quant aux conditions dans lesquelles le recours à des généralistes néerlandais peut être mis en œuvre dans le cadre du projet, des négociations sont actuellement en cours entre les deux cercles. L'atterrissage est attendu à la fin de cette année.

Les conditions de recrutement prévoient que le coordinateur doit être bilingue, ce qui me semble évident. Le bilinguisme ou le

Uit de informatie waarover het RIZIV beschikt, is inderdaad gebleken dat over de voorwaarden waarin de inschakeling van de Nederlandstalige huisartsen in het globaal project kan gebeuren, momenteel nog onderhandeld wordt tussen de twee kringen. Men verwacht die onderhandelingen af te ronden tegen het einde van het jaar.

Wat uw tweede vraag betreft, merk ik op dat in de aanwervingsvoorwaarden die destijds aan het RIZIV werden bezorgd, voor de financiering, de tweetaligheid van de coördinator wel degelijk was vermeld. Tweetaligheid is dus een voorwaarde voor de aanwerving. Het is duidelijk dat het, binnen de samengevoegde wachtdienst, voor de Nederlandstalige artsen mogelijk zal moeten zijn om te kunnen communiceren met een coördinator die hen gewoon in hun eigen taal te woord staat. Ik vind dat heel belangrijk. Men kiest voor een coördinator om betere diensten te verlenen aan de patiënten. Het lijkt mij evident dat de coördinator de Nederlandstalige huisartsen ook in het Nederlands te woord kan staan.

Aangaande uw derde vraag over de tweetaligheid of meertaligheid van de wachtorganisatie, verwijst u terecht naar contractuele clausules die momenteel door de ziekteverzekering worden gehanteerd als voorwaarde voor de financiering.

Een specifieke clausule die de financiering van de huisartsenwachtdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest meer gedetailleerd regelt, is in overweging te nemen. Daar kan dus aan gesleuteld worden, gelet op de specifieke situatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Er is nog een gegeven. Er zijn ook gevolgen verbonden aan de zesde staatshervorming, waarmee wij rekening moeten houden. Eenvoudiger worden de zaken niet, daarover zullen wij het wellicht eens zijn. De erkenning van en de erkenningvoorwaarden voor huisartsenkringen behoren voortaan tot de bevoegdheden van de gefedereerde entiteiten.

De laatste vraag over de personeelsleden van het huidige callcenter van de Nederlandstalige wachtdienst lijkt in de eerste plaats een antwoord te moeten krijgen via het bilateraal overleg tussen de twee betrokken kringen. Nogmaals, dit overleg is nog altijd aan de gang. Ik wijs hierbij de onderhandelaars van de beide kringen graag op hun verantwoordelijkheid om de zorgverstrekking blijvend te garanderen zowel in de Nederlandse als de Franse taal. Wij moeten erover waken dat als er een akkoord is, de garantie blijft dat zowel Nederlands- als Franstalige huisartsen in hun taal contact moeten kunnen leggen met de coördinator en dat de zorgverstrekking aan de patiënten in de twee talen moet kunnen verlopen.

Dit is geen gemakkelijke oefening voor beide kringen. Ik wil optimistisch zijn, maar er zijn tal van hindernissen alvorens zij een oplossing zullen kunnen uitwerken. Ik ben daar zeer gevoelig voor. Wij willen geen stap achteruit zetten wat de veiligheid van de patiënt betreft. Daar ben ik zeer gevoelig voor.

De communicatie moet in de taal van de patiënt kunnen worden gevoerd.

multilinguisme de l'organisation des services de garde fait, à juste titre, l'objet de clauses contractuelles imposées par l'assurance maladie comme condition de financement.

L'insertion d'une clause spéciale réglementant de manière plus précise le financement des services de garde de médecine générale de la Région de Bruxelles-Capitale pourrait être envisagée. Mais la sixième réforme de l'État ne facilite pas la tâche. Ce sont désormais les entités fédérées qui sont compétentes pour l'agrément et la définition des critères d'agrément des cercles de médecins généralistes.

Les négociations sur le personnel de l'actuel centre d'appels néerlandophone se poursuivent entre les deux cercles de médecins généralistes. Il appartient aux négociateurs de veiller à ce que les médecins généralistes et le coordinateur puissent se concerter dans les deux langues nationales et que les patients puissent s'adresser au médecin dans leur langue maternelle. L'exercice est complexe, mais je veillerai à ce que le résultat des négociations ne lèsent pas les patients.

24.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, zal in de clausule bijvoorbeeld een taaltest worden opgelegd?

24.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Les médecins seront-ils soumis à un test linguistique?

24.04 Minister Maggie De Block: Dat staat er nu niet in.

24.04 Maggie De Block, ministre: Cela n'a pas été prévu jusqu'ici mais des négociations sont en cours à ce sujet.

24.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Maar bestaat de mogelijkheid?

24.06 Minister Maggie De Block: Er kan worden gepraat over de modaliteiten van wat in die clausule moet komen, om garanties te bieden. Dat is ook een onderdeel van de gesprekken die zij voeren.

24.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Ook daarover zal ik u dan nieuwe vragen bezorgen.

Ik wil wel onderstrepen dat ik het vreemd blijf vinden dat de 70 %-regel ineens is gewijzigd. Het is dezelfde instantie die in de eerste plaats oordeelde dat een 70 %-maatregel nodig is.

24.08 Minister Maggie De Block: Nee, het gaat over de vraag waarop de 70 %-regel betrekking heeft. De 70 %-regel heeft betrekking op het organiseren van een nieuwe Frans-Vlaamse huisartsenwachtpost. Dat is het eerste wat de stemming regelde. Dat werd echter weggestemd.

Het tweede voorstel, namelijk de 50 %-regel, heeft betrekking op het feit dat beide kringen, die blijven bestaan, zijnde de Nederlandse en de Franse wachtkring, een samenwerking zouden kunnen organiseren. Zij zullen geen nieuwe kring vormen. Het zal een samenwerking tussen beide kringen zijn.

24.09 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat was ook al het voorwerp van de eerste stemming.

24.10 Minister Maggie De Block: Nee, de eerste stemming ging over de oprichting van een nieuwe Frans-Vlaamse wachtpost.

24.11 Yoleen Van Camp (N-VA): Het doel was ook om beide posten samen te brengen, wat in die tweede stemming ook het geval was.

24.12 Minister Maggie De Block: Het is niet omdat men met iemand gaat samenwonen, dat hij of zij dezelfde persoon wordt. Het gaat om een samenwerking.

Le **président:** La différence me semble claire.

24.13 Yoleen Van Camp (N-VA): Voor ons is het niet duidelijk.

La **présidente:** Comme vous reviendrez sur la question, vous pouvez affiner, si vous le souhaitez.

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

La **présidente**: La question de Mme Hufkens n° 4214 est reportée. La question de Mme Thoron n° 4217 est reportée. La question n° 4218 de Mme Hufkens est également reportée. Mme De Coninck et M. Terwingen ne sont pas présents pour poser leurs questions n° 4224 et n° 4226.

Mme la ministre, vous restez jusqu'à 18 heures.

Nous allons activer nos travaux. Si les orateurs ne sont pas présents à temps leurs questions seront retirées.

Nous avons encore une question jointe, notamment n° 4237 de Mme Van Camp, n° 4277 de Mme Cassart-Mailleux et n° 4303 de M. Senesael, mais les deux autres orateurs ne sont pas présents.

Mme Van Camp, vous avez la parole.

25 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vroege en eerstelijnsaanpak van obesitas" (nr. 4237)
- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "obesitas in België" (nr. 4277)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "obesitas en het voeren van een overlegd voedingsbeleid" (nr. 4303)

25 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge précoce de première ligne de l'obésité" (n° 4237)
- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obésité en Belgique" (n° 4277)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obésité et la mise en place d'une politique concertée de l'alimentation" (n° 4303)

25.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, vorige week heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid het Vlaams actieplan voeding en beweging toegelicht in het Vlaams Parlement.

Ik kom terug op vragen die ik u al eerder heb gesteld over de toenemende problematiek van overgewicht en obesitas en onderstreep dat de belangrijkste bevoegdheden bij de deelstaten rusten.

Zoals eerder aangehaald zijn er wel enkele hefboomen federaal gebleven, waaronder de terugbetalingen.

Een thema dat aan bod is gekomen bij de gedachtewisseling in het Vlaams Parlement gaat specifiek over de terugbetaling van consultaties bij diëtisten en psychologen. Toevallig is deze problematiek een dag later, op 6 mei, aan bod gekomen in de krant, waar stemmen werden opgelaten over een vervroegde terugbetaling van bariatrische chirurgie vanaf 16 jaar.

Mensen die in België kampen met overgewicht kunnen in feite het beste wachten tot ze obesitas hebben. Dat is een beetje cynisch. Pas dan wordt een behandeling bariatrische chirurgie terugbetaald.

Mensen die hun slechte eetgewoonten willen aanpakken via

De **voorzitter**: Vragen nrs 4214 en 4218 van mevrouw Hufkens en nr. 4217 van mevrouw Thoron zijn uitgesteld. Mevrouw Monica De Coninck en de heer Terwingen zijn er niet om hun vragen nrs 4224 en 4226 te stellen.

25.01 Yoleen Van Camp (N-VA): La détection précoce de l'obésité est un élément crucial pour son traitement. Certains leviers de la lutte contre le surpoids et l'obésité ressortissent toujours à la compétence du niveau fédéral.

La ministre envisage-t-elle de prévoir le remboursement des consultations auprès de diététiciens et de psychologues? Est-elle prête à favoriser une intervention à un stade précoce de la maladie et à valoriser les soins de première ligne?

A-t-on jamais évalué l'économie qui serait réalisée si les personnes en surpoids étaient traitées par le biais de consultations chez le diététicien et le psychologue par rapport au coût que représentent la chirurgie bariatrique et l'obésité?

consultaties bij de diëtist of de onderliggende problematiek via de psycholoog willen aanpakken, blijven in de kou staan en moeten dit uit eigen zak betalen. Nochtans is aangetoond dat vroegdetectie bij obesitas cruciaal is voor het slagen van de behandeling.

Mensen worden dus beloond om hun problematiek nog verder te laten ontsporen, totdat ze een BMI hebben van 40 of meer of 35 bij diabetes hebben, alvorens ze aanspraak kunnen maken op een eerste tussenkomst van het RIZIV.

De voorwaarde is dat wel een jaar diëten gefaald heeft, maar dat moet de patiënt zelf bekostigen.

Bovendien pakt bariatrische chirurgie de oorzaak niet aan. Ik denk dan bijvoorbeeld aan onderliggende psychologische problemen, slechte eet- en leefgewoonten enzovoort.

Op die manier wordt de cruciale rol van de eerstelijnszorg, diëtisten en psychologen, miskend. Bovendien kan de patiënt ongezond blijven leven, wat ook nefast voor zijn gezondheid is.

Een uitgebreide probleemverkenning is nodig voor gerichte zorg op maat. Depressie na bariatrische chirurgie treedt bijvoorbeeld heel vaak op. Onderzoek heeft ook aangetoond dat suïcide in de 3 jaar na de ingreep verhoogd voorkomt.

Een bepaalde mutualiteit betaalt daarom een screening bij de psycholoog en de diëtist voor een groep mensen terug, bij wijze van proefproject.

Overweegt u om consultaties bij de diëtist en de psycholoog deels terug te betalen en zo in te zetten op een vroeger stadium van het probleem en vooral ook van de aanpak van de oorzaak, alsook de eerstelijnszorg te valoriseren?

Waarom wel of niet? Hebt u ooit laten onderzoeken wat het bespaart als mensen met overgewicht worden behandeld via consultaties bij de diëtist en psycholoog, afgezet tegen de kosten voor bariatrische chirurgie en obesitas? Kent u de slaagpercentages van beide aanpakken, de *outcome* op de lange termijn meegerekend en rekening houdend met bijkomende variabelen zoals depressie, suïcide en kwaliteit van leven?

Bent u op de hoogte van de terugbetaling in het kader van een proefproject bij een mutualiteit?

Staat concreet de hervorming van het KB inzake bariatrie op de agenda en wanneer? Hebt u plannen voor een overgang, weg van een loutere ingreep naar een traject, met een multidisciplinaire voorscreening, met het afstemmen van wenselijke zorg op maat, met terugbetaalde consultaties bij psycholoog en/of diëtist, gevolgd door een driejarige follow-up, met ook hier terugbetalingen voor consultaties bij psycholoog en diëtist?

Hoe wordt momenteel gecontroleerd of een patiënt al een jaar vergeefs geprobeerd heeft te diëten, een criterium om in aanmerking te komen voor bariatrie?

Quels sont les pourcentages de réussite des deux approches? La ministre est-elle au fait du projet pilote en matière de remboursement lancé par une mutualité? L'arrêté royal relatif à la chirurgie bariatrique sera-t-il modifié? Projette-t-on d'évoluer de l'intervention pure et simple vers un trajet? Comment vérifie-t-on actuellement qu'un patient a essayé en vain, depuis un an déjà, de perdre du poids? La ministre compte-t-elle éventuellement abaisser la limite d'âge applicable pour la chirurgie bariatrique? Envisage-t-elle de collaborer avec le "Kenniscentrum eet- en gewichtsproblemen"? Ce centre d'expertise se heurte lui-même souvent à des chevauchements de compétences. Les compétences relatives à ce centre ne pourraient-elles être partagées entre les autorités flamandes et fédérales afin de garantir des mesures politiques cohérentes? La ministre a-t-elle conscience du problème des suicides consécutifs à une intervention bariatrique? Dispose-t-elle de chiffres à ce sujet? A-t-elle des projets en la matière? Combien de personnes ont-elles subi une intervention bariatrique au cours des cinq dernières années? Quel est le coût annuel de ces interventions?

Denkt u eraan om de leeftijdsgrens voor bariatric, momenteel 18 jaar, te verlagen? Waarom wel of niet?

In Vlaanderen is men al 15 jaar een zorgpad aan het uitbouwen inzake de behandeling van overgewicht, gebaseerd op de WHO-aanbevelingen van *stepped care*, continuïteit van de zorg en multidisciplinariteit. Voor optimaal samenwerken zijn per discipline gerichte stappenplannen en praktijkondersteuning uitgewerkt en is er een bijpassend vormingsaanbod.

Overweegt u een samenwerking, bijvoorbeeld met het Kenniscentrum eet- en gewichtproblemen? Dat heeft de expertise in huis en adviseert de Vlaamse overheid. Het kenniscentrum stoot zelf vaak op overlappings in bevoegdheden, waarop u ook vaak wijst. Zou het kenniscentrum niet kunnen worden gedeeld tussen de Vlaamse en federale overheid om coherente beleidsmaatregelen uit te stippelen die zich niet beperken tot de kunstmatige en weinig constructieve opdeling die de zesde staatshervorming heeft veroorzaakt, hetgeen u ook onderschrijft?

Bent u zich ervan bewust dat suïcide na bariatric een voorkomende problematiek is? Hebt u hier cijfers over of kunt u ze opvragen? Plant u hieraan tegemoet te komen, bijvoorbeeld door het uitstippelen van een opvolgtraject, gekoppeld aan de terugbetaling?

Ten slotte, hoeveel mensen ondergingen er in de voorbije vijf jaar bariatric en wat is de jaarlijkse kostprijs hiervan, zowel de kosten van de ingreep, van het gebruikte materiaal, van de anesthesie en de hospitalisatiekosten?

La **présidente**: Ce sont des questions longues et détaillées. Parfois il faut utiliser la question écrite.

25.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, het is inderdaad de bedoeling om de verschillende gezondheidsproblemen van de bevolking zo vroeg mogelijk aan te pakken. In het geval van obesitas wordt onder meer bestudeerd wat het nut van terugbetaling van raadplegingen bij een diëtist of psycholoog voor begeleiding kan zijn.

Zoals u weet zijn er aan de obesitasproblematiek echter meerdere factoren verbonden. We wijzen er u ook op dat het wetenschappelijk bewijs voor de rendabiliteit van die terugbetaling nooit werd geleverd. De impact van de terugbetaling voor deze raadplegingen op het budget van de ziekteverzekering riskeert daarentegen wel heel belangrijk te zijn. Het is moeilijk om te laten berekenen wat die raadplegingen inzake psychologie of diëtetiek aan besparingen zouden kunnen opleveren in vergelijking met de kostprijs van de ingrepen inzake bariatrische heelkunde. Er bestaan daarentegen studies betreffende de gezondheidseconomie waaruit blijkt dat de bariatrische heelkunde voor patiënten waarbij die ingrepen aangewezen zijn, doeltreffend en vrij goedkoop is.

De ziekenfondsen testen regelmatig de manieren om aan de verwachtingen van hun leden te voldoen, ook op het vlak van psychologische ondersteuning en dieetondersteuning. Tot nu toe hebben die ervaringen, voor zover bekend, geen resultaten opgeleverd waaruit wij kunnen afleiden hoe het nationaal

25.02 **Maggie De Block**, ministre: Notre ambition consiste à traiter les différents problèmes de santé de la population au stade le plus précoce possible. En ce qui concerne l'obésité, nous examinons notamment la pertinence d'un éventuel remboursement des consultations chez un diététicien ou un psychologue.

Plusieurs facteurs favorisent le développement de l'obésité. La rentabilité de ce remboursement n'a jamais été scientifiquement prouvée, mais il peut en revanche avoir une incidence considérable sur le budget de l'assurance maladie. Il est extrêmement difficile de calculer le montant des économies réalisées grâce à ces consultations par rapport au coût des interventions de chirurgie bariatrique.

gezondheidsbeleid moet worden veranderd.

Op dit ogenblik staat er geen hervorming van de nomenclatuur van de bariatrische heelkunde op de agenda. Dat belet het Observatorium voor Chronische Ziekten en sommige beroepsorganisaties echter niet om daar toch over na te denken.

De chirurg en zijn patiënt dragen de elementen aan waarmee kan worden aangetoond dat er gedurende minstens één jaar pogingen tot vermagering zijn ondernomen, zonder een duurzaam resultaat. Die elementen worden opgenomen in het medisch dossier en worden ter beschikking gehouden van de verzekeringsinstellingen die ermee belast zijn om ze te controleren.

Wetenschappelijke literatuur en de praktijk in andere landen verstrekken meer en meer argumenten om na te denken over een mogelijke verlaging van de minimumleeftijd voor deze ingrepen door de vergezellende maatregelen te versterken. Net als u ben ik verheugd over de maatregelen die Vlaanderen sedert vijftien jaar neemt om gevolg te geven aan de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie. Op nationaal vlak vertrouwen wij ook op de analyses van het Kenniscentrum dat vroeger bepaalde aspecten van de obesitasproblematiek heeft bestudeerd en die studies ook heeft gepubliceerd.

Elk jaar heeft het Kenniscentrum een planning inzake uit te voeren opdrachten, afkomstig van de verschillende stakeholders. Het beschikt echter niet over een onbeperkt budget, noch over onbeperkt personeel om alle soorten onderzoeken tegelijkertijd uit te voeren. Ook zij hebben een prioritaire lijst. Dat is één van de redenen waarom wij ook niet zeven keer per dag een andere studie aan het Kenniscentrum kunnen vragen. Desalniettemin hebben zij zich in het verleden al gebogen over bepaalde aspecten die daarmee gepaard gaan en ik sluit niet uit dat zij dat in de toekomst nog zullen doen.

Het bestaan van een zelfmoordrisico bij patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan, wordt ook vermeld in de wetenschappelijke literatuur.

In de evaluatie van de heelkunde en in de aanbevelingen voor een goede praktijkvoering voor de bariatrische heelkunde is daarmee ook rekeninggehouden. Er zijn mensen die moeilijk kunnen omgaan met hun nieuwe lichaam, met de beperkingen ervan, met de manier waarop zij kunnen eten en met de confrontatie met de gevolgen van extreme vermagering, zoals overtollige huid, en die daardoor een beetje uit hun evenwicht geraken, psychologisch. De vraag is dan natuurlijk of zij daarin ook psychologisch moeten begeleid worden.

Les résultats de différentes études tendent à prouver que pour les patients pour lesquels l'intervention est indiquée, la chirurgie bariatrique s'avère efficace et relativement peu coûteuse.

Les mutualités sondent régulièrement leurs affiliés pour déterminer comment répondre au mieux à leurs aspirations, y compris en matière de soutien psychologique et d'aide au suivi d'un régime alimentaire. À ce jour, ces expériences n'ont pas donné de résultats permettant de déterminer la nature exacte des changements à apporter à la politique nationale de santé publique.

La réforme de la nomenclature de la chirurgie bariatrique n'est pour l'heure pas d'actualité, mais cela n'empêche pas l'Observatoire des maladies chroniques et certaines organisations professionnelles de réfléchir à la question.

Chirurgien et patient fournissent les éléments grâce auxquels il peut être démontré que des tentatives d'amaigrissement ont été entreprises pendant au moins une année. Ces éléments sont tenus à la disposition des organismes assureurs.

La littérature scientifique et la pratique dans d'autres pays incitent de plus en plus à une réflexion sur un abaissement de l'âge minimum pour ce genre d'opérations par le biais d'un renforcement des mesures d'accompagnement. Je suis satisfaite quand je vois les mesures que la Flandre prend depuis quinze ans pour donner suite aux recommandations de l'OMS.

Sur le plan national, nous tablons également sur les analyses du KCE. Toutefois, celui-ci ne dispose pas de moyens illimités lui permettant de réaliser en même

temps tous les types d'étude. Il s'est déjà penché sur certains aspects et cela pourrait le cas échéant se reproduire à l'avenir.

L'existence d'un risque de suicide chez les patients ayant subi une intervention bariatrique est également mentionnée dans la littérature scientifique.

Il a aussi été tenu compte de cet élément dans l'évaluation de la chirurgie et dans les recommandations pour une bonne pratique de la chirurgie bariatrique. Certains patients ont des difficultés à accepter leur nouvelle apparence corporelle et la manière dont ils peuvent s'alimenter. La question de leur accompagnement psychologique peut dès lors évidemment se poser.

25.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Is de omvang van die problematiek gekend?

25.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Connaît-on l'importance du problème?

25.04 Minister Maggie De Block: Men heeft mij gezegd dat die gekend is in de wetenschappelijke literatuur, niet alleen in België. Er is veel expertise op het vlak van bariatrische heelkunde, ook in andere landen.

25.04 Maggie De Block, ministre: Elle est connue dans la littérature scientifique et pas seulement en Belgique. La chirurgie bariatrique est l'objet d'une grande expertise, dans d'autres pays également.

25.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik zal het opvragen.

25.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Je vais me renseigner.

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

De **voorzitter:** Vraag nr. 4273 van mevrouw Detiège wordt uitgesteld, evenals vraag nr. 4279 van de heer Mathot.

26 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vroedkundige thuisbegeleiding" (nr. 4282)
- mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afbouw van de kraamzorg in de ziekenhuizen" (nr. 4295)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van de vroedkundige zorg thuis" (nr. 4308)

26 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accompagnement en post-partum à domicile" (n° 4282)
- Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction des soins postnatals dans les hôpitaux" (n° 4295)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation des

soins post-partum à domicile" (n° 4308)

La **présidente**: Chères collègues, on ne répète pas la question qui a déjà été posée. On ajoute simplement ce qui est complémentaire. On ne doit pas avoir trois fois une longue question.

26.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, na de bevalling hebben vrouwen recht op zeven tot tien thuisconsultaties door de vroedvrouw, hetgeen door de bevallen vrouwen en hun omgeving doorgaans erg positief onthaald wordt. Blijkbaar is niet elke vrouw daarvan op de hoogte en kan bovendien niet elke vrouw daar postpartum een beroep op doen door een overbezetting van vroedvrouwen.

Mevrouw de minister, is dat probleem bij u bekend?

Wie is er eigenlijk verantwoordelijk om de bevallen vrouwen op dat recht van tien thuisconsultaties te wijzen? Hoe komt het dat niet alle vrouwen daarvan op de hoogte zijn? Plant u stappen om daar een mouw aan te passen?

Hebt u er een idee van hoeveel vrouwen na de bevalling een beroep doen op thuisconsultaties? Hoeveel procent doet een beroep op de thuisconsultaties en hoeveel niet? Hoeveel van die vrouwen gebruiken ook de tien consultaties, waar zij recht op hebben? Wanneer niet alle consultaties worden benut, wat zijn daarvoor dan de redenen?

Hebben we, voor de vrouwen die geen beroep doen op thuisconsultaties, er een zicht op of het gaat om primipara of pluripara?

Hebt u weet van vrouwen die graag een beroep willen doen op de consultaties maar die in de kou blijven staan doordat de vroedvrouwen in de regio geen tijd hebben in hun agenda? Is dat geografisch verschillend? In welke streken zijn er problemen van overbevroegde vroedvrouwen? Hoe komt dat en hoe kan dat probleem aangepakt worden?

Wat is het plan B als er in de regio van de bevallen vrouw net geen vroedvrouwen beschikbaar zijn?

Hoeveel vroedvrouwen geven dergelijke consultaties? Hoeveel consultaties geven zij gemiddeld per dag aan hoeveel bevallen vrouwen?

Hoeveel krijgt de vroedkundige per sessie vergoed? Hoe lang duurt een sessie?

Wordt het aantal sessies soms verlengd, dus boven de tien, als er zich pertinente problemen voordoen? Hoe wordt dat bepaald? Hoe vaak komt dat voor?

Tot slot, wat is het budget dat jaarlijks aan die sessies wordt uitgegeven?

26.02 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de minister, mijn vraag sluit aan bij de voorgaande vraag waarin ook allusie werd gemaakt op het verkorten van het ziekenhuisverblijf van 4,5 naar 4,1 dagen. In mijn

26.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Après l'accouchement, les femmes ont droit à 7 à 10 consultations d'une sage-femme à domicile. Toutes les femmes n'en sont toutefois pas informées.

Comment cela se fait-il et que peut-on faire pour y remédier? La ministre dispose-t-elle de chiffres sur le nombre de femmes qui recourent à une sage-femme? Existe-t-il un plan B pour les cas où une femme désire faire appel à une sage-femme mais qu'il n'y en a pas dans sa région? J'aurais également aimé obtenir des informations sur la durée de ces sessions.

26.02 Sonja Becq (CD&V): La réduction de la durée d'hospitalisation prévue après un

inleiding verwijs ik naar de OESO-cijfers. De commotie ter zake heeft volgens mij aangetoond dat flankerende maatregelen of een goede organisatie van de ambulante postnatale verzorging nodig zijn. Er is bovendien vooral vraag naar voldoende gezins-, thuis- en kraamzorg met onder andere verpleging en artsen.

Ik zal mij beperken tot mijn vragen, mevrouw de minister. Hebt u zicht op de organisatorische en financiële impact van de maatregelen op de Gemeenschappen? Zij zullen immers een deel van de kraamzorg moeten financieren. Beschikt u zelf over voldoende ambulante zorgverleners, zowel huisartsen als vroedvrouwen, om in te staan voor de verzorging als bevallen vrouwen vroeger uit het ziekenhuis worden ontslagen?

Wat de hiepruk betreft, heb ik gezien dat collega Fonck daarover een vraag heeft gesteld. Dit zat ook in mijn inleiding.

Hebt u over uw maatregelen overleg gepleegd met uw Vlaamse collega? U mag ook zeggen of u daarover overlegt heeft met uw Waalse collega. De welzijnssector zal immers de inkorting van het ziekenhuisverblijf moeten opvangen. Er is een tijd geweest dat de afbouw van ziekenhuisbedden werd opgevangen door financiële transfers naar de welzijnssector, maar dat ligt nu iets moeilijker door de herverdeling van de bevoegdheden ter zake.

Op welke manier wordt Vlaanderen uitgenodigd voor deelname aan de proefprojecten? Als ik het goed heb begrepen, moeten de projecten tegen het einde van dit jaar van start gaan. Via die proefprojecten zal ook worden aangetoond wat de noden zijn, zowel op federaal niveau als op het niveau van de Gemeenschappen.

Moet er dan ook een samenwerkingsakkoord afgesloten worden om wettelijk in de eventuele herverdeling van de financiële middelen te voorzien?

Zijn er aan het KB nr. 78 wijzigingen nodig om zorgverleners in de thuiszorg voldoende aanwezig te laten zijn?

26.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dit zijn drie verschillende vragen. Ik heb een totaal andere insteek dan de twee vorige sprekers.

Onlangs hebben de vroedvrouwen nogmaals hun behoeften aan het RIZIV kenbaar gemaakt. In die voorstellen zitten heel goede zaken. Mevrouw de minister, steunt u een aantal van de rechtmatige vragen die zij hebben?

Zij hebben geen intakenummer. Het zou een goed idee zijn om hun dat bij een eerste bezoek te gunnen. Ik ben het niet eens met mijn collega, mevrouw Van Camp, dat vrouwen recht hebben op tien bezoeken. Dat is een misinterpretatie van de teksten. Er staat dat die bestaan en dat er zoveel zijn, maar het is geen recht. Het is gewoon anders geformuleerd. Het staat ook dikwijls zo in de folders van de mutualiteiten.

De nomenclatuur vanaf dag 5 is helemaal ondergewaardeerd. De vroedvrouwen vragen daarvoor een vergoeding van 50 %. Er zijn ook problemen met de weekendtarieven en reiskosten. Vroedvrouwen

accouchement nécessitera la mise en place de soins à domicile en suffisance.

La ministre a-t-elle une idée de l'incidence de cette mesure sur les Communautés à qui incombe le financement d'une partie des soins post-partum? Les prestataires de soins ambulants seront-ils en nombre suffisant pour prendre les jeunes mères en charge à leur domicile? La ministre s'est-elle concertée avec les ministres régionaux? La Flandre est-elle invitée à participer aux projets pilotes qui débiteront à la fin de cette année? Un accord de coopération est-il nécessaire pour régler la redistribution des moyens? L'arrêté royal n°78 doit-il être remanié?

26.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Les sages-femmes ont récemment réitéré leurs requêtes auprès de l'INAMI. Il n'est d'ailleurs pas vrai que les femmes ont droit à dix visites. Ces visites sont une possibilité, pas un droit. Les sages-femmes exigent un numéro d'admission. À partir du cinquième jour, la nomenclature est totalement bâclée et les tarifs de week-end et les frais de déplacement posent également problème. Les sages-femmes ne bénéficient d'aucun soutien en termes de télématique, contrairement aux médecins généralistes. Que va faire la ministre?

hebben geen ondersteuning voor telematica. Huisartsen hebben die wel. U bent altijd een grote voorstander van al wat te maken heeft met e-Health en met het delen van dossiers. Ik meen dat u daarin een tandje kunt bijsteken. Ik zou het in elk geval doen. Huisartsen krijgen ook praktijkondersteuning via Impulseo, vroedvrouwen niet.

Ik meen dat dit belangrijk incentives zijn om de eerste lijn klaar te maken voor de plannen die u hebt.

Tot slot, zoals ik in de plenaire vergadering reeds gezegd heb, bestaat de dreiging om te deconventioneren. Biedt de mogelijkheid om partieel te conventioneren, zoals die al voor bepaalde artsen bestaat, niet de kans om een differentiëring in het beroep aan te brengen?

Mijn allerbelangrijkste verzoek is of u oog wilt hebben voor de vragen die zij aan het RIZIV hebben overhandigd, waarvoor dank.

26.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik stel vast dat onze aankondiging dat wij een moeder-kindtraject willen maken tot zeer vele reacties geleid heeft en veel in beweging brengt. Er circuleren lijsten met gewenste voordelen, toekenningen en verhogingen. Ik heb daar wel allemaal begrip voor, maar ik vind het heel belangrijk dat men weet dat het takenpakket van de vroedvrouwen zich op twee domeinen afspeelt, namelijk de meewerkende functies en de autonome functies.

De autonome functies worden opgelijst in het koninklijk besluit nr. 78, en zij zullen mogelijk deel uitmaken van de hervorming van dit koninklijk besluit. Dit is een belangrijke werf die deze regering heeft opgezet. Het toezicht op de zorg en het advies aan de vrouw tijdens de zwangerschap, de bevalling en in de periode na de bevalling, maken daar deel van uit. Daarvoor zijn er dus ook al nomenclatuurnummers.

Er is een specifiek nomenclatuurnummer voor de eerste individuele verloskundige zitting thuis. Het kenniscentrum heeft in zijn rapport over de organisatie van zorg na de bevalling dan ook aanbevolen dat de postnatale zorg reeds moet worden voorbereid tijdens de zwangerschap. Deze financiële stimulans vindt dan ook terecht tijdens de zwangerschap plaats.

Zowel koninklijk besluit nr. 78 als de huidige nomenclatuur zorgen voor een gepast kader voor de vroedvrouwen om postnatale zorg te kunnen verlenen. Er zal worden nagedacht over de optimalisatie van beide wetgevingen en de lijst met wensen. Mevrouw Dedry, ik wijs erop dat de voordelen die u aanhaalt voor de huisartsen er niet gekomen zijn van de ene dag op de andere maar na een lang traject. Ik neem aan dat u bedoelt dat er een traject mag overwogen worden.

Mevrouw Becq, in verband met de gefinancierde ligduur, verwijs ik ook naar mijn antwoord op de vraag van mevrouw Fonck. Een opname in het ziekenhuis na een bevalling bedraagt momenteel 4,5 dagen en de reële ligduur slechts 4,1 dagen. De regeringsmaatregel van dit jaar beoogt dan ook alleen de gefinancierde ligduur in overeenstemming te brengen met de werkelijke ligduur. Mevrouw Fonck begreep dat niet.

De maatregel zou bijgevolg geen directe impact mogen hebben op de

Nous risquons de voir les sages-femmes se déconventionner. La possibilité d'un déconventionnement partiel ne permettrait-elle pas d'apporter une différenciation dans cette profession?

26.04 **Maggie De Block**, ministre: L'annonce de notre volonté de mettre en place un trajet de soins "mère et enfant" a suscité de nombreuses réactions. Des listes de souhaits en matière d'avantages, d'octrois et d'augmentations circulent actuellement. Je comprends ces démarches, mais il est important de réaliser que les tâches des sages-femmes se subdivisent en deux types d'activités: certaines en collaboration avec le médecin et d'autres en autonomie.

Les activités pouvant être accomplies de façon autonome sont énumérées dans l'arrêté royal n° 78 et cette liste pourrait être modifiée dans le cadre de la réforme de cet arrêté. Il s'agit là d'un chantier important. Il existe un numéro de nomenclature spécifique pour la première séance individuelle d'obstétrique à domicile. Le Centre fédéral d'expertise a recommandé que les soins postnatals fassent déjà l'objet d'une préparation au cours de la grossesse.

Tant l'arrêté royal 78 que la nomenclature actuelle fournissent aux sages-femmes un cadre approprié pour la pratique des soins postnatals. On songera à l'optimisation des deux législations et à la liste des souhaits. Il a fallu du temps pour que les médecins généralistes jouissent des

Gemeenschappen. Er heeft reeds een eerste contact plaatsgevonden. Dit contact zal de komende maanden worden voortgezet. Het plan van aanpak inzake de hervorming van de ziekenhuizen voorziet uitdrukkelijk in de betrokkenheid van de Gemeenschappen bij de evaluatie van de pilootprojecten en uiteraard ook bij het uitwerken ervan.

Dat lijkt mij evident, vermits dit een traject moeder-kind is: prenataal, de hospitalisatie en postnataal.

In het kader van de hervorming is het ook mijn ambitie om op het vlak van de ziekenhuisfinanciering samenwerking en efficiënte inzet van middelen te belonen door de implementatie van twee principes: de *shared savings* en de *bundled payments*.

Dit moet toelaten om verder na te denken over de vergoeding van postnatale zorgverleners, wanneer een project wordt opgestart dat het verblijf in het ziekenhuis na een bevalling kan beperken. Ook e-Health en praktijkondersteuning kunnen hierbij worden betrokken.

Het is evident dat de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind hierbij steeds centraal moet worden gesteld.

Mevrouw Van Peel had vragen over het aantal en de spreiding van de vroedvrouwen. Het Kenniscentrum zal in 2016 van start gaan met een onderzoek over de planning van het aantal vroedvrouwen in België, meer bepaald de postnatale zorg in België met het oog op het realiseren van een verkorte ziekenhuisopname in combinatie met een kwaliteitsvolle opvolging thuis door bekwame gezondheidszorgbeoefenaars. De resultaten van dit onderzoek kunnen dan ook een basis vormen voor maatregelen die moeten worden genomen met betrekking tot de planning van de vroedvrouwen.

De media-aandacht van de voorbije weken is volgens mij niet zozeer door deze maatregel ingegeven maar veeleer door de bevalling en het vroegtijdig verlaten van het ziekenhuis op hoge hakken en gestylde haren van Kate Middleton. Dat was ook zo na de geboorte van baby George.

Al die media-aandacht zal ongetwijfeld bijdragen aan de kennis van jonge Belgische gezinnen over het bestaan van kraamzorg en vroedvrouwen die thuis postnatale zorg kunnen aanbieden. Dat heeft zich ook weerspiegeld in de vraag van mevrouw Dedry die zegt dat er meer inlichtingen en consultaties worden gevraagd. Dat is een goede zaak.

Ook binnen de pilootprojecten zal er aandacht moeten worden besteed aan de informatieverstrekking, de postnatale zorg na het ontslag en de overgang van het ziekenhuis naar het verblijf thuis en de specifieke noden die daar eventueel bij horen.

Mag ik erop wijzen dat ik waarschijnlijk de eerste minister van Volksgezondheid ben die een vroedvrouw op haar kabinet heeft aangeworven? Zij werkt zeer gemotiveerd aan de problematiek.

Mevrouw Becq, wat betreft de samenwerking met de Gemeenschappen hebben wij geen ander kanaal dan de interministeriële conferentie.

avantages présents.

À l'heure actuelle, l'hospitalisation post-partum dure 4,5 jours et la durée de séjour réelle est de 4,1 jours. Le gouvernement souhaite uniquement aligner la durée de séjour financée sur la durée de séjour réelle.

Par conséquent, la mesure ne pourrait avoir aucune répercussion directe sur les Communautés. Le plan d'approche en matière de réforme des hôpitaux prévoit expressément l'implication des Communautés dans l'élaboration et l'évaluation de projets-pilotes.

Dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, je veux encourager la collaboration et l'affectation efficace des moyens selon les principes des économies partagées et des paiements groupés. Cela nous permettra de réfléchir plus avant à la rémunération des prestataires de soins postnatals. La plateforme eHealth et le soutien des cabinets médicaux peuvent également être associés à ce projet.

Dans le cadre du raccourcissement de la durée d'hospitalisation combiné à un suivi à domicile, le KCE lancera en 2016 une étude sur la planification du nombre de sages-femmes en Belgique. Nous pourrions ainsi prendre les mesures adéquates.

La récente attention médiatique portée à l'accouchement de Kate Middleton a sans aucun doute contribué à mieux informer les jeunes familles belges de l'existence des soins post-partum.

Il conviendra, également au niveau des projets pilotes, de prêter attention à la communication des informations, aux soins postnatals après la fin de l'hospitalisation et à la période transitoire entre l'hôpital et le domicile.

En ce qui concerne la

collaboration avec les Communautés, la conférence interministérielle est le seul canal dont nous disposons.

La **présidente**: J'aimerais que vos répliques soient courtes, car j'aimerais que l'on puisse poser les questions inscrites au point 45. Puis, nous arrêterons.

26.05 **Maggie De Block**, ministre: Excusez-moi, mais je dois être dans une demi-heure à Tour & Taxis pour remettre un prix.

La **présidente**: D'accord, je veux bien renoncer à ma question n° 4286 afin que M. Frédéric pose la sienne.

De **voorzitter**: Ik laat mijn vraag nr. 4286 vallen, zodat de heer Frédéric zijn vraag kan stellen.

26.06 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik heb niet echt een antwoord gehad, maar ik begrijp dat de meeste vragen schriftelijk gesteld moeten worden.

26.06 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Je n'ai pas vraiment obtenu de réponse. La plupart des questions doivent donc être posées par écrit.

26.07 Minister **Maggie De Block**: De cijfermatige vragen zullen het resultaat zijn van het onderzoek van het Kenniscentrum. De cijfers zijn momenteel nog niet beschikbaar.

26.08 **Yoleen Van Camp** (N-VA): En wat betreft het aantal personen dat beroep doet op de thuisconsultaties?

26.09 Minister **Maggie De Block**: Mag ik naar het Reglement verwijzen? Ik wijk er echt veel van af, maar het is onmogelijk dit in een mondelinge vraag te beantwoorden.

26.09 **Maggie De Block**, ministre: Je puis difficilement y répondre dans le cadre d'une question orale.

26.10 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik zal de vraag schriftelijk indienen.

La **présidente**: Il faut recourir aux questions écrites pour des questions précises exigeant des chiffres, des répartitions, etc. Sinon, nous n'en sortirons pas.

26.11 **Sonja Becq** (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord.

Ik meen dat de aandacht die er nu aan wordt gegeven juist een uitgelezen kans biedt om die samenwerking goed te organiseren. Ik herinner mij uit de tijd waarin ik de ouderenzorg volgde dat het toen ook ging over de overgang van ziekenhuizen naar thuiszorg of rustthuiszorg. Ik meen dat vooral dat kluwen en het netwerk belangrijk zijn. Overleg daarover is noodzakelijk.

26.11 **Sonja Becq** (CD&V): L'attention actuellement prêtée à la collaboration entre hôpitaux et soins offre une belle occasion de bien organiser cette collaboration.

26.12 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Uit de praktijk weet ik dat er eerder een plethora is van vroedvrouwen dan een tekort. Het is dus alleen een kwestie van goed organiseren. Er zijn meer dan genoeg vroedvrouwen.

26.12 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Il y a plutôt un excédent qu'une pénurie de sages-femmes. C'est une question d'organisation. On dit toutes sortes de choses à propos de la piquûre au talon mais elle ne pose aucun problème si elle fait l'objet d'accords valables

Ten tweede, hier is al honderd keer allerlei gezegd over die hiehprik, met een hoop nonsens erbij. Dat wordt nu al heel goed opgevolgd in de thuiszorg. Dat is echt niet moeilijk. Met goede afspraken met een

ziekenhuis loopt dat vanzelf. Vroedvrouwen kunnen dit. Ook de termijn moet worden gerespecteerd.

avec les hôpitaux. Les ménages vulnérables ne peuvent pas pâtir du déconventionnement.

Mijn laatste punt is dat mijn bezorgdheid over het deconventioneren blijf bestaan. Het zou immers echt niet mogen dat kwetsbare gezinnen meer moeten gaan betalen of minder aan zorg kunnen komen dan anderen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: Nous passons aux questions jointes de Mme Van Peel, M. Frédéric et Mme Cassart Mailleux et moi-même.

26.13 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, wij hebben mevrouw Van Peel wel ingelicht dat de commissiewerkzaamheden om 18 u 00 zouden eindigen. Zij is vertrokken en kan haar vraag niet stellen. De volgende vraag is immers een samengevoegde vraag.

La **présidente**: Il est 18 h 05. Elle n'était pas là à 18 h 00!

26.14 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, wij hadden uitgeteld dat haar vraag pas na 18 u 00 aan bod zou kunnen komen. Zij is dus vertrokken.

La **présidente**: Nous avons dit 18 h 00! Elle n'était pas là.

26.15 Yoleen Van Camp (N-VA): Wij dachten dat wij die vragen nog konden stellen. Wij zijn speciaal kort geweest om om 18 u 00 te kunnen eindigen.

27 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de plannen van de Franse Gemeenschap inzake de filter voor de studies geneeskunde en tandheelkunde" (nr. 4283)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het artsenkadaster" (nr. 4286)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitreiking van RIZIV-attesten" (nr. 4302)

- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beslissing van minister Marcourt om de studenten geneeskunde te 'schiften' aan het einde van het eerste bachelorjaar" (nr. 4315)

27 Questions jointes de

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet de la Communauté française en matière de filtre pour les études de médecine et de dentisterie" (n° 4283)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cadastre des médecins" (n° 4286)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délivrance des attestations INAMI" (n° 4302)

- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la décision du ministre Marcourt de 'filtrer' les étudiants en médecine en fin de première année de baccalauréat" (n° 4315)

27.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, vous vous étiez engagée à délivrer des attestations INAMI à tous les étudiants en cours de formation, pour autant que la Fédération Wallonie-Bruxelles instaure un système de filtre concernant l'accès aux études de médecine et de dentisterie.

27.01 André Frédéric (PS): U had zich ertoe verbonden RIZIV-attesten aan alle studenten in opleiding uit te reiken op voorwaarde dat de Franse

C'est à présent chose faite. La Fédération a tenu ses engagements puisqu'un avant-projet de décret instaurant un concours d'entrée en fin de première année de médecine et de dentisterie vient d'être approuvé par le gouvernement de la Fédération.

Il est donc temps de rassurer les milliers d'étudiants en médecine et en dentisterie qui craignent toujours de ne pas pouvoir exercer leur profession au terme de leurs études, faute de pouvoir disposer d'un numéro INAMI.

Madame la ministre, M. Marcourt ayant tenu ses engagements dans ce cadre, confirmez-vous que les attestations INAMI pourront être données à ces étudiants? Pourriez-vous nous expliquer comment vous comptez procéder? Une modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 est-elle prévue pour permettre leur délivrance? Si oui, dans quel délai cela sera-t-il possible?

27.02 Maggie De Block, ministre: Cher collègue, l'avant-projet de décret pour l'installation d'un filtre concernant les étudiants en médecine et visant à rencontrer les quotas de la commission de planification n'a jamais vraiment été proposé en conférence interministérielle (IKW/groupe de travail intercabinets).

Nochtans hebben er in de voorbije maanden verscheidene keren interkabinettenwerkgroepen vergaderd en werd er door het federaal beleidsniveau bij die gelegenheden ook naar geïnformeerd.

Ondanks alle vragen daarover en het voorstel van journalisten om mij die tekst te bezorgen, wacht ik toch op de teksten die minister Marcourt vrijdag jongstleden heeft voorgelegd aan de regering.

Je suppose qu'il va me transmettre assez rapidement les textes afin que je puisse les étudier et qu'il les enverra également aux autres acteurs de la conférence interministérielle, c'est-à-dire à Mme Crevits qui est compétente pour la Communauté néerlandophone.

Je prends acte du fait que le gouvernement de la Communauté française a approuvé un avant-projet de décret, mais étant donné que je n'ai pu prendre connaissance en aucune manière du contenu de ce projet de décret, je m'abstiendrai raisonnablement de tout commentaire.

L'installation et le développement d'un filtre effectif est une compétence au niveau des États fédérés. J'ai souligné clairement que le filtre proposé doit pouvoir convaincre l'autre Communauté et le niveau fédéral en ce qui concerne son efficacité à réduire le nombre d'étudiants en médecine.

C'est uniquement dans ce cas que je pourrai prolonger la période de lissage après 2018.

Gemeenschap een filter zou instellen in verband met de toegang tot de studies geneeskunde en tandheelkunde. Een voorontwerp van decreet werd recentelijk door de regering van de Franse Gemeenschap goedgekeurd.

Bevestigt u dat deze attesten zullen kunnen worden uitgereikt? Zal het koninklijk besluit van 12 juni 2008 aangepast worden om het uitreiken van die attesten mogelijk te maken?

27.02 Minister Maggie De Block: Het voorontwerp van decreet tot invoering van een filter voor geneeskundestudenten om de quota van de Planningscommissie te respecteren, is nooit ter tafel gekomen op een van de vergaderingen van de interkabinettenwerkgroepen of werd nooit toegelicht op een interministeriële conferentie.

Les groupes de travail intercabinets se sont réunis ces derniers mois et le niveau politique fédéral s'est informé. Toutefois, j'attends toujours les textes que le ministre Marcourt a présentés vendredi dernier au gouvernement.

Hij zal de teksten ongetwijfeld snel doorgeven, zowel aan mij als aan de andere leden van de interministeriële conferentie.

De regering van de Franse Gemeenschap heeft dus een voorontwerp van decreet goedgekeurd waar ik geen kennis van heb kunnen nemen. Ik onthoud mij dus van elk commentaar.

Het invoeren van een filter is een bevoegdheid van de deelgebieden. Vanaf het begin heb ik aangegeven dat men de andere Gemeenschap en het federale niveau ervan moet kunnen

En son temps, j'avais aussi pris l'engagement de veiller à ce que le cadastre dynamique promis depuis de nombreuses années soit une réalité pour l'été 2015. Je fais remarquer que ce cadastre a été présenté et adopté le 8 mai dernier en séance plénière de la Commission de planification. Ce cadastre dynamique (plan 4) est un document très technique qui sera l'instrument de travail pour les experts spécialistes de la Commission de planification afin de permettre la fixation des quotas fondés pour les années 2022 et suivantes.

Il est impossible de tirer aujourd'hui des conclusions immédiates, prématurées et superficielles sur ces futurs quotas. Il en va de même en ce qui concerne les déclarations sur un surplus supposé ou une pénurie supposée d'effectifs médicaux. Il faut faire preuve de prudence et de réflexion avec la mine d'informations que contient ce cadastre dynamique.

Madame la présidente, vous aviez déjà demandé un exposé sur le contenu de ce cadastre. Nous avons convenu d'organiser une réunion. Je demanderai à la présidente de la Commission de planification d'être présente car elle a participé à toutes les négociations.

La **présidente**: Dès que nous connaissons la date, nous avertirons les membres de la commission.

27.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, s'agissant du cadastre, je me rallie à cette volonté de transparence, de sorte que nous puissions en prendre connaissance. C'est important pour l'avenir. Cependant, on ne peut pas faire comme s'il ne s'était rien passé à la Fédération Wallonie-Bruxelles. Je vais transférer votre réaction, mais au-delà de la question des compétences respectives, il y a des étudiants qui se sont engagés dans un cursus onéreux.

27.04 Maggie De Block, ministre: Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Toutefois, c'est moi qui ai formulé une proposition en décembre. La réponse m'a été donnée en février. Et, maintenant, un avant-projet de décret est en élaboration. Il devra évidemment être voté. Nous tenons compte de tous ces facteurs.

En tout cas, c'est moi qui ai trouvé la solution pour les étudiants actuels. Si ce n'est pas efficace, cela relèvera de la responsabilité de votre ministre de l'Enseignement, et pas de la mienne!

overtuigen dat deze filter het aantal studenten geneeskunde op een doeltreffende manier kan reduceren.

Alleen in dat geval kan ik de toepassing van de afvlakkingsregeling na 2018 verlengen. Het dynamisch kadaster zal tegen de zomer van dit jaar een feit zijn. Het is een zeer technisch document, dat zal dienen als werkinstrument voor de specialisten van de planningscommissie bij het bepalen van de quota voor de jaren 2022 en volgende. Ik kan nog niets zeggen over die toekomstige quota of over een eventueel teveel of tekort aan medisch personeel; daarvoor is het nog veel te vroeg.

De voorzitter vroeg om een toelichting over het dynamisch kadaster. We hebben daarvoor een datum geprikt. Ik zal ook de voorzitter van de planning-commissie vragen om erbij te zijn.

27.03 André Frédéric (PS): We zouden kennis moeten kunnen nemen van het kadaster.

Men kan echter niet doen alsof er niets gebeurd is bij de Franse Gemeenschap. Nog afgezien van de kwestie van de bevoegdheidsverdeling, hebben studenten zich ingeschreven voor een dure opleiding.

27.04 Minister Maggie De Block: Ik heb zelf in december al een voorstel gedaan. Het antwoord werd in februari gegeven, en een voorontwerp van decreet is in de maak.

Ik heb in ieder geval de oplossing aangedragen voor de huidige studenten. Als het systeem niet goed werkt, is dat de verantwoordelijkheid van uw minister van Onderwijs.

La **présidente**: Que chacun se mette à l'ouvrage!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 18.13 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.13 uur.