

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 26 APRIL 2016

Namiddag

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

du

MARDI 26 AVRIL 2016

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.17 uur en voorgezeten door juffrouw Yoleen Van Camp.

La réunion publique de commission est ouverte à 14.17 heures et présidée par Mlle Yoleen Van Camp.

01 Question de M. Paul-Olivier Delannois à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la tarification applicable au transport en ambulance des personnes ayant fait appel à l'aide médicale urgente" (n° 9505)

01 Vraag van de heer Paul-Olivier Delannois aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tarieven voor het vervoer per ziekenwagen van personen in het kader van de dringende medische hulp" (nr. 9505)

01.01 **Paul-Olivier Delannois** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, comme vous le savez, le coût des prestations relatives au transport en ambulance dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU) est composé d'une part forfaitaire fixe et d'une part variable. L'arrêté royal du 7 avril 1995 stipule ainsi que pour les dix premiers kilomètres, les prestations s'élèvent à 61,63 euros. Du onzième au vingtième, le montant est de 6,16 euros par kilomètre. Et enfin, à partir du vingt et unième kilomètre, la prestation reviendra à 4,71 euros par kilomètre.

Il apparaît alors que le prix des prestations sera différent selon la distance établie entre la personne demandant l'aide et le lieu des services de secours disponibles. Ainsi, une personne se trouvant loin de la caserne où est parquée l'ambulance et de l'hôpital paiera plus cher qu'une personne habitant à proximité des services. De la même manière, des personnes résidant au même endroit ayant fait appel à l'aide médicale urgente paieront un tarif différent selon l'endroit de provenance de l'ambulance.

Madame la ministre, ne pensez-vous pas qu'il existe une forme d'injustice dans ce cadre en termes d'accessibilité aux soins? L'AMU répond au principe d'aide adéquate la plus rapide et il n'est nullement question de remettre cela en cause. Mais bien que vous ayez dégagé récemment douze millions d'euros, le financement de l'AMU reste très précaire en Belgique alors que, dans certains autres pays, l'aide médicale urgente est totalement ou presque totalement gratuite pour les patients.

Je voudrais donc savoir aujourd'hui ce qu'il en sera en termes de programmation et de financement de ces services à l'avenir. Des contacts avec votre collègue ministre de l'Intérieur ont-ils déjà été pris en ce sens?

Je vous remercie pour vos réponses.

01.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Delannois, afin d'obtenir des pistes de solution pour résoudre durablement ces problèmes, j'ai déjà demandé l'avis du Conseil national de l'aide médicale urgente. L'un des éléments de cet avis porte sur le financement des services d'urgence. L'avis prévoit un financement en deux modes: tout d'abord un forfait pour assurer la permanence et ensuite un financement variable selon les actes prestés.

Pour mettre en œuvre ces modalités de financement, j'ai libéré douze millions d'euros pour l'aide médicale

urgente. Néanmoins, il est clair que cette somme ne résout pas le nœud dans lequel l'aide médicale urgente se trouve depuis trop longtemps. Il n'est toutefois pas évident de trouver des fonds supplémentaires dans un contexte budgétaire très difficile.

Pour faire face à ce problème, nous travaillons en étroite collaboration avec le ministre de l'Intérieur, M. Jambon, afin de régler le système de financement des ambulanciers.

Il n'y a actuellement pas de financement prévu pour la permanence. Les prestations sont liées au nombre de kilomètres. Un système durable serait un système dans lequel deux patients qui ont en même temps besoin d'une ambulance payeraient le même montant, et non pas l'un, trois fois plus que l'autre. Je suis très attentive à cette question car souvent c'est une surprise pour les patients.

01.03 Paul-Olivier Delannois (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Je crois que vous avez pointé le problème. La zone de secours dont je suis président a beaucoup de difficultés au démarrage. Un grand nombre de personnes voient ces zones de secours comme de fameux monstres. Il ne faut effectivement pas commettre trop d'impairs. C'est difficile d'expliquer que deux personnes qui habitent la même rue, le même jour, doivent payer peut être trois fois plus selon la provenance de l'ambulance (de Tournai ou de Mouscron). Si nous pouvions arriver à un système de mutualisation au niveau des zones de secours, ce serait un système solidaire plus aisé à faire passer.

01.04 Maggie De Block, ministre: Nous avons noté toute la difficulté de la situation depuis des années sur le terrain. Nous travaillons sur cette question avec les deux ministres compétents. Nous allons trouver des solutions. Nous allons recevoir l'avis du Conseil national de l'aide médicale d'urgence qui sera très utile pour nous aider à trouver une solution au problème.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 Question de M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la stimulation du don d'organes par des donneurs vivants" (n° 9506)

02 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aanzetten tot orgaandonatie door levende donoren" (nr. 9506)

02.01 Damien Thiéry (MR): Madame la présidente, madame la ministre, en juin 2015, le Parlement a approuvé le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé. L'article 15 prévoyait la possibilité de réduire ou de supprimer le ticket modérateur pour les prestations effectuées sur les donneurs vivants. Cette mesure est évidemment, pour nous, très positive parce qu'elle est attendue depuis longtemps.

On sait que dans le cadre d'un don par une personne vivante, une série de consultations préopératoires, des examens de laboratoires et des prestations techniques sont nécessaires, à côté de l'intervention et de son suivi. À l'heure actuelle, il semble que des tickets modérateurs substantiels sont demandés au donneur à cette occasion et, pour certains, cela s'avère une sorte de seuil à ne pas vouloir franchir ou tout au moins un obstacle.

Tant médicalement qu'économiquement, c'est évidemment un petit peu paradoxal. Il serait donc dommage que le ticket modérateur représente un frein dans ce cas. Pour éviter cela, il avait été donné au Roi la possibilité de diminuer ou de supprimer le ticket modérateur pour les prestations fournies au donneur vivant.

Au moment où j'ai posé cette question je pense que les arrêtés royaux en question n'avaient pas encore été pris. Confirmez-vous cette information? Dans l'affirmative, pouvez-vous indiquer où en est la réflexion? Quel est le timing prévu? Dans la négative, pouvez-vous préciser le contenu de ces arrêtés royaux?

02.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Thiéry, les arrêtés royaux concrétisant cette mesure sont actuellement en cours de rédaction et devraient être discutés par les instances compétentes avant la fin de ce semestre, cela veut dire avant la fin juin. Ils devraient ainsi entrer en vigueur avant la fin de cette année. Cette mesure est par ailleurs encore une fois inscrite dans l'accord médico-mutualiste de 2015.

Dans un premier temps, pour des raisons techniques, juridiques et pratiques, la suppression du ticket modérateur devrait concerner les phases de donation et de suivi qui représentent en fait près de 90 % des

montants des tickets modérateurs actuellement à charge du donneur vivant.

Le dédommagement des frais encourus lors de la phase pré-donation devrait faire l'objet d'un autre mode d'intervention de l'assurance maladie et invalidité ultérieurement.

Nous y arriverons petit à petit mais ce n'est pas simple.

02.03 Damien Thiéry (MR): Merci, madame la ministre, vous avez clairement répondu à la question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la médecine anti-âge" (n° 9507)

03 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de antiverouderingsgeneeskunde" (nr. 9507)

03.01 Damien Thiéry (MR): Madame la présidente, madame la ministre, depuis plusieurs années, des médecins qui se disent spécialistes de la médecine anti-âge recrutent une patientèle importante intéressée à ne pas vieillir. Je pense que tout le monde peut l'être à un moment donné. Ceci dit, cela n'a pas encore été directement mon cas. Je regarde mes collègues autour de moi; eux non plus, je pense.

Il s'agit, pour la grande majorité, de médecins pratiquant uniquement cette approche et n'ayant aucune compétence académique en endocrinologie ou en gériatrie. Ceci a été vérifié par plusieurs tests qui ont été réalisés au sein des autorités académiques elles-mêmes

Ces médecins s'autorisent des diagnostics, qui peuvent être qualifiés d'hasardeux, de carence hormonale (en particulier, d'hypothyroïdie), en niant les recommandations des sociétés d'endocrinologie et en s'appuyant sur des tests non validés, réalisés dans des laboratoires particuliers ou sur des échelles cliniques non spécifiques et non validées. Ces examens ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Les prescriptions font largement appel à l'hormonothérapie et notamment à l'hormone de croissance.

Il s'agit donc clairement de pratiques coûteuses pour le patient, non validées par les autorités médicales reconnues et potentiellement dangereuses.

Madame la ministre, s'agit-il d'un problème de santé publique sous votre responsabilité? Quel est votre avis en la matière? J'ai évoqué les académies de médecine qui ne valident, bien entendu, pas ces pratiques. N'y aurait-il pas lieu de saisir les académies de médecine des deux rôles linguistiques et le Conseil supérieur de la Santé pour leur demander d'enquêter sur ces pratiques que l'on peut pratiquement qualifier de frauduleuses?

03.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Thiéry, en effet, le vieillissement est un processus plutôt physiologique tout à fait normal auquel sont confrontés tous les êtres humains. Certains ont des difficultés à l'accepter à cause du changement de leur apparence et de la diminution de leurs capacités physiques. Dans certains cas, une étude plus poussée est nécessaire pour pouvoir exclure une éventuelle pathologie.

Comme vous l'avez indiqué, certains praticiens proposent des traitements hormonaux ou autres pour lesquels il n'existe aucune preuve scientifique. Je pense notamment aux injections d'extraits de certains animaux. Cette forme de "médecine" doit être découragée. Elle est illégale.

Elle pourrait notamment nuire à la santé du patient. Les médecins, mais aussi d'autres prestataires, ont des obligations légales et déontologiques à respecter. Il se rendent généralement bien compte de leurs responsabilités. La liberté thérapeutique et celle du diagnostic sont notamment conditionnées par l'obligation de se fonder sur des preuves scientifiques. Les pratiques douteuses, ainsi que les éventuels abus de la situation de faiblesse des personnes vulnérables, peuvent être signalées aux autorités compétentes. La qualité et la sécurité des soins seront des lignes de conduite dans la nouvelle législation relative à l'exercice des professions de soins de santé qui est en préparation.

Nous serons très stricts à ce sujet: tout traitement requiert des preuves scientifiques. Autrement, les

traitements ne seront pas remboursés et seront considérés comme faisant partie d'un circuit illégal.

03.03 Damien Thiéry (MR): Merci, madame la ministre. Je ne suis pas certain d'avoir bien compris. A-t-on déjà demandé au Conseil Supérieur de la Santé d'enquêtes sur ces pratiques? Cela a-t-il été fait?

03.04 Maggie De Block, ministre: J'ai pris contact avec l'académie de médecine. Ils sont en train de finaliser deux études sur autre chose. On peut encore éventuellement leur demander. Ils m'ont cependant dit que notre dynamique, au sein de la commission et dans toutes les réformes, avait eu pour conséquence qu'ils étaient très occupés. Je n'exclus pas que l'on puisse le leur demander si nécessaire, mais on connaît leur point de vue. Pour eux aussi, la déontologie des médecins implique l'*evidence based medicine*.

03.05 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, je tiens à signaler qu'une enquête, réalisée par les académies de médecine ou par le Conseil Supérieur de la Santé, serait vraiment intéressante. En effet, plusieurs publications ont paru, émanant entre autres du Dr. Cogan, dénonçant des pratiques vraiment frauduleuses desquelles il faut se méfier.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het recordaantal groepspraktijken" (nr. 9538)

04 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre record de cabinets médicaux collectifs" (n° 9538)

04.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, over dit onderwerp heb ik u al eens een vraag gesteld. Op het moment zijn er in België 1 441 groepspraktijken. Ten opzichte van vijf jaar geleden is er een stijging, maar met een groot overwicht in Vlaanderen. In Wallonië en Brussel is de stijging heel wat minder groot.

De groepspraktijk blijkt nochtans een succesformule te zijn voor huisartsen, zeker voor jongere huisartsen die een betere combinatie van werk en gezin betrachten en die de krachten bundelen om de kosten te drukken en samen onder één dak te werken. Vaak speelt ook het multidisciplinaire karakter daarbij een rol. Diëtisten, kinesitherapeuten en psychologen worden steeds meer bij zo'n eerstelijnspraktijk betrokken. Het is dus niet alleen een manier om het beroep draaglijker en aantrekkelijker te maken, maar ook om de multidisciplinaire benadering in de praktijk om te zetten en die te verbeteren.

In oktober vorig jaar hebt u op mijn vraag over de wijkgezondheidscentra geantwoord dat u die graag van onderuit laat groeien en dat de patiënt altijd de keuze behoudt. U zei toen ook dat de levensvatbaarheid afhangt van regionale factoren en dat u zich niet wil uitspreken over de plaats waar dergelijke groepspraktijken zich moeten vestigen.

Aangezien de groepspraktijken veel meer boomen in Vlaanderen dan in Wallonië, zal er een meer multidisciplinaire aanpak komen in de huisartsenpraktijken in Vlaanderen. Hoe staat u daartegenover? Wilt u die multidisciplinaire aanpak niet in heel België stimuleren?

Er bestaat ook een risico dat het fenomeen zich meer in de steden zal voordoen en minder op het platteland. Vindt u het nodig om in te grijpen? Bent u zelf voorstander van een meer regionale spreiding? Op welke lijn zit u? Steunt u de visie van jonge huisartsen die voorstander daarvan zijn?

04.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, ik dank u voor uw vraag, maar ik moet er u toch op wijzen dat het opstarten van een groepspraktijk in essentie een beslissing is van de betrokken huisartsen zelf. In die zin is de aangroei van het aantal groepspraktijken inderdaad een bottom-upverhaal. In het kader van de ziekteverzekering kunnen die groepspraktijken geregistreerd worden, zodat er met hun samenstelling rekening gehouden kan worden bij de toekenning van bepaalde financiële voordelen vanuit de verzekering aan de artsen en de patiënten.

Een mogelijke regionale spreiding van de groepspraktijken betekent in essentie dat men de eerstelijnsgezondheidszorg organiseert, wat sinds de zesde staatshervorming geen federale bevoegdheid meer is, maar een beleidsdomein van de gefedereerde entiteiten. Ook mogelijke maatregelen om het beroep aantrekkelijker te maken, zoals de Impulseoacties, zijn om dezelfde reden nu de bevoegdheid van de

Gemeenschappen. Ik verwijs naar artikel 5, § 1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, zoals gewijzigd door de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming, dat duidelijk bepaalt dat de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn als gemeenschapsmateries worden beschouwd. Naast de maatregelen inzake de honoraria en de bestaande maatregelen ter ondersteuning van groepspraktijken als aparte entiteiten, kan er dus geen federaal beleid meer gevoerd worden op meso- of macroniveau.

In uw laatste vraag vroeg u of ik op dezelfde lijn zit als jonge huisartsen. Welnu, ik denk dat er een zekere tendens bestaat naar werkbaar werk voor huisartsen. Zo willen huisartsen hun praktijk ook combineren met het gezinsleven of met andere activiteiten. Ikzelf heb het beroep bijvoorbeeld dertien jaar lang met de politiek gecombineerd. Twaalf jaar lang ben ik soloarts geweest en daarna heb ik dertien jaar in een groepspraktijk gewerkt, die momenteel overigens nog altijd functioneert vanuit mijn huis, weliswaar zonder mijn aanwezigheid. Dat bewijst dat de combinatie van een en ander wel allemaal kan en dat vind ik heel goed. We kunnen dat ook wel aanmoedigen, maar het moet leefbaar zijn. Ik heb het bijvoorbeeld meegemaakt dat huisartsen zich met twee of drie tegelijk in een kleine gemeente vestigden. In dat geval moet er bijna gevochten worden om een aantal consultaties te behalen om leefbaar te kunnen zijn.

Een praktijk kan ook groeien. We merken dat groepspraktijken uitgroeien tot praktijken met drie tot vijf leden of multidisciplinair werken om mensen aan te trekken.

Volgens mij is het zeer goed dat er veel beweegt op het terrein en ik laat het aan de jongere mensen om zelf hun leven in te richten.

Bekeken vanuit de honoraria is het aanmoedigend dat zij niet nadelig worden behandeld als zij in een groepspraktijk functioneren. Daarbij denk ik aan het GMD. Wij doen er alles aan om geen nadelen te laten bestaan voor de groepspraktijken.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

Présidente: Muriel Gerkens.

04.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik besef heel goed dat het moeilijk is, omdat het een gemengde bevoegdheid is en er heel veel naar de deelstaten is overgeheveld.

Zoals u zelf echter aanhaalt, zijn er nog wel enkele hefboomen, zoals het GMD en de telematica, waar u positief tegenover staat.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vraag van Luikse huisartsen om de wachtdienst op te heffen" (nr. 9556)

- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onveiligheid tijdens de wachtdiensten" (nr. 9664)

05 Questions jointes de

- Mme **Valerie Van Peel** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la demande des médecins liégeois visant à supprimer le service de garde" (n° 9556)

- Mme **Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'insécurité pendant les gardes" (n° 9664)

05.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het bredere debat over de wachtposten wordt later vandaag gevoerd. Ik zag immers dat mevrouw Fonck daaromtrent een interpellatie heeft ingediend. Deze vraag stel ik echter naar aanleiding van een bericht in de *Artsenkrant* van 19 februari, waarin stond dat Luikse huisartsen vragen om de verplichting voor nachtelijke huisbezoeken op te heffen en als uitloper hiervan ook niet langer de wachtdienst te moeten vervullen.

Aanleiding hiervoor is dat in drie maanden tijd alweer twee gevallen van agressie tegen huisartsen plaatsvonden en dat de politie zou hebben aangegeven over onvoldoende mankracht te beschikken om de

veiligheid van de artsen te kunnen garanderen. Ook in andere steden klinkt dezelfde stem van de artsen, vaak omwille van het veiligheidsaspect.

Ik heb uiteraard zeer veel begrip voor deze beroepsgroep die hiermee om verschillende redenen vaker te maken kan krijgen. Alleen is het mijn bezorgdheid dat dit soms misschien wordt misbruikt om een andere verplichting, die niet meer zo goed valt als vroeger bij de artsen, weg te denken.

Als huisartsen geen wachtdiensten meer vervullen, is het gevolg heel simpel: dan loopt iedereen weer naar de spoeddienst. Dat is dan de enige optie die mensen nog hebben als zij 's nachts zorg nodig hebben. Ik neem aan dat u het met mij eens bent dat dit niet de bedoeling kan zijn. Spoeddiensten worden tegenwoordig al te vaak geraadpleegd door personen die zich eigenlijk tot een huisarts zouden kunnen wenden.

U bent met verschillende projecten bezig, onder andere de uitbouw van de wachtposten, het beter omkaderen van de wachtposten in samenwerking met de spoeddiensten, alsook met het project voor de invoering van het nummer 1733. Ik wil evenwel weten hoe u staat tegenover deze specifieke vraag van de huisartsen, die u wellicht ook bereikt zal hebben? Welke maatregelen ziet u om de zorgverlening door huisartsen ook 's nachts te blijven waarborgen en deze niet zomaar richting de spoeddienst door te schuiven? Dat zal wellicht gebeuren in samenwerking met uw collega, minister Jambon.

05.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vais me focaliser davantage sur l'insécurité en tant que telle même s'il est vrai qu'il peut y avoir des liens sur la manière dont on organise la garde de façon plus générale. Mais nous y reviendrons plus tard.

Plusieurs agressions de médecins durant leur garde ont été commises récemment. Ce ne sont pas les premières. Ma collègue venant de rappeler le contexte, je ne vais pas le répéter. Il est quand même important de rappeler que le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé d'enquêter sur les agressions: il travaille actuellement en partenariat avec les membres du PRAag (Patrik Roelandt Anti-Agressie Groep) à la rédaction d'un questionnaire au sujet notamment de l'incidence des agressions physiques, verbales et psychiques et réfléchit à l'élaboration de recommandations pour améliorer la sécurité des médecins généralistes et des prestataires de soins qui effectuent des visites à domicile chez le patient. Ça touche le médecins, mais les infirmières aussi peuvent être concernées, même si elles ne font pas de visites à domicile la nuit. Mais elles pourraient rencontrer un tel problème en soirée ou tôt le matin.

Vous aviez fait une série de déclarations au moment des débats concernant votre note de politique générale, parmi lesquelles vous insistiez sur la nécessité d'avoir une vision intégrée entre les services de garde, les postes de garde de médecins généralistes, les services d'urgence, le tri au travers du numéro 1733; avec une vision très "hospitalo-centriste" sur l'organisation des urgences et des gardes.

Avez-vous des données chiffrées concernant le nombre d'agressions de médecins pendant les gardes ces derniers mois et ces dernières années? On sait que les conséquences sont tout sauf banales sur le fonctionnement des services de garde. Êtes-vous en contact avec le groupe que je viens de citer, mais aussi avec l'Ordre des médecins et, plus globalement, les médecins généralistes qui ont des propositions et ont mis en place des systèmes différents d'organisation des gardes qui collent à leurs réalités de terrain.

S'il y a des enjeux sur lesquels il faut privilégier le *bottom-up* plutôt que du *top-down*, c'est justement l'organisation des gardes et sur la façon d'augmenter la sécurité des médecins. Quelles sont les propositions que vous pouvez amener sur l'insécurité? Il y avait notamment la question de l'appel et de l'alerte des médecins en lien avec le ministre de l'Intérieur; également des demandes émanant de cercles de médecins généralistes désireux d'avoir des chauffeurs qui, par leur présence, augmentent déjà la sécurité. Quel est l'agenda de *task force* que vous aviez annoncée? A-t-on déjà une vue d'ensemble de ses constats et des recommandations qu'elle élabore? Merci, enfin, de nous dresser un topo généralisé de la situation. Car même si le meurtre du Dr. Roelandt est un exemple tragique, il ne s'agit pas d'une problématique neuve.

05.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Peel, mevrouw Fonck, in de eerste plaats waardeer ik de blijvende inspanningen van de huisartsen in de huisartsenwachtdiensten en hun deelname aan de wachten in het algemeen. Deze belangrijke dienstverlening aan de bevolking is een opdracht van de huisartsen die moet blijven bestaan, ook tijdens de nacht. Deze wachten moeten voor de huisartsen echter in correcte arbeidsomstandigheden kunnen gebeuren, ook op het vlak van de veiligheid.

Wij beschikken niet over cijfers met betrekking tot het aantal gevallen van agressie tijdens de nacht en de gevolgen ervan op de wachtdiensten. Zoals u zelf aangaf, zal de Orde van geneesheren, in samenwerking met de VUB, een onderzoek opstarten om de omvang van het probleem te achterhalen. Toch meen ik dat wij het probleem van de veiligheid voor huisartsen in zijn geheel moeten behandelen. Zij zijn immers zowat de enigen die bezoeken aan huis doen. Deze bezoeken vinden trouwens niet enkel tijdens de wachtdienst plaats, want zoals u weet, kan agressie zich ook tijdens de dag voordoen. Het spijtig voorval van de moord op dokter Patrik Roelandt vond trouwens plaats in de namiddag, op een gewone werkdag. Het ging bovendien om een gekende patiënt.

Tijdens een overlegmoment met mijn collega, minister Jambon, zowat twee maanden geleden, is deze problematiek uitvoerig aan bod gekomen. Er werd afgesproken om een werkgroep op te richten waarin zowel de huisartsen als medewerkers van de FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Volksgezondheid vertegenwoordigd zijn, en dit om te vermijden dat de huisartsen moeten pendelen tussen Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid. Ook mijn kabinet en de FOD Volksgezondheid waren aanwezig op de eerste vergadering van deze werkgroep. De groep die zich heeft gevormd na het overlijden van dokter Roelandt, de Patrik Roelandt Anti-Agressie Groep, werd tijdens deze vergadering voorgesteld.

De voorbije jaren zijn er belangrijke inspanningen geleverd om de ondersteuning van huisartsen tijdens de wacht te verbeteren. Ik verwijs onder meer naar de oprichting en de financiering van de huisartsenwachtposten en de meer globale opties inzake het organiseren en inrichten van de huisartsenwachtdiensten. De organisatie van de niet-planbare zorg in het algemeen over de verschillende periodes — week/weekend of dag/nacht — wordt momenteel ook besproken in de taskforce die daarover vergadert onder leiding van mijn beleidscel.

Le SPF Santé publique, l'INAMI, les différents syndicats de médecins, les médecins urgentistes, les hôpitaux, ainsi que les forums des associations de médecins généralistes et Wachtpost Vlaanderen sont représentés dans cette *task force*. Mon souhait est de déployer, dans les années à venir, un système intégré de soins, non planifiable sur le territoire, dans lequel collaboreront de façon optimale les services de garde, les postes de garde des médecins généralistes et les services d'urgence des hôpitaux, sur la base du numéro d'appel unique 1733.

Dans le cadre de ce modèle intégré de soins non planifiables, la *task force* a pour mission de participer au développement d'un modèle et d'un cadre financier transparent pour les postes de garde. La première étape consiste à établir des conditions d'un plan d'accord entre les postes de garde des médecins généralistes et les services d'urgence en ce qui concerne l'organisation des soins, l'orientation, la communication et le service à offrir.

Un projet a effectivement été présenté la semaine dernière à la *task force*. Celle-ci dispose maintenant d'un délai pour mener sa réflexion. C'est donc en phase de validation.

Dans le même temps, nous travaillons au développement d'une typologie de poste de garde standardisé.

Je pense qu'il y a deux éléments à prendre en compte: la sécurité et l'organisation. Les deux doivent être traités en même temps pour résoudre les problèmes qui sont connus depuis longtemps. Même durant la journée, il peut se produire un problème avec des personnes souffrant de psychose ou d'autres pathologies. Cela ne se passe pas uniquement de nuit.

Inmiddels verscheen het rapport van het kenniscentrum, dat, zoals elk rapport, waardevol is. Dat betekent echter niet dat wij het blindelings zullen volgen of implementeren.

Mevrouw Fonck, op uw vraag kan ik het volgende antwoorden.

Madame Fonck, vous dites que c'est plutôt hospitalo-centriste.

Het is zeker mijn bedoeling om de huisartsenwachtposten te behouden en in heel het land te implementeren. Vooral in Vlaanderen is er nog heel wat werk.

De standaardisering was nodig. Er waren tussen de verschillende wachtposten, die als paddenstoelen uit de grond rezen, te veel verschillen wat de continuïteit van de zorg, de bereikbaarheid en de financiële middelen betreft, maar dankzij de standaardisering weten de mensen waaraan zij zich moeten houden. Daardoor zal

de situatie op het terrein duidelijker worden. De wachtposten zijn zeker waardevol. Een van de merites van ons gezondheidssysteem is dat de huisartsen zeer vlug ter plaatse kunnen zijn.

La **présidente**: Nous reviendrons évidemment sur cette dimension plus globale des postes de garde, services d'urgence, etc., plus tard, dans le cadre d'une autre question.

05.04 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, op het globaal verhaal komen wij straks nog terug. Ik ben toch al blij u te horen zeggen — al twijfelde ik daar niet aan — dat u de huisarts centraal wil blijven stellen en dat dit uw aandacht zal wegdragen.

De vraag van de Luikse huisartsen verontrustte mij wel een beetje. Ik wil daarmee de problematiek niet ontkennen. Het verontrust mij eerlijk gezegd wel dat men zo snel van de wachtdienst wil afstappen. Dat wil niet zeggen dat ik de gevaren waarmee die beroepsgroep te maken krijgt, niet ken of onderschat. Ik heb het al vaker gezegd, mijn vader is huisarts en ik heb het thuis vaak genoeg meegemaakt dat de job zulke situaties met zich kan brengen. Die situaties zijn niet altijd te voorspellen en dus moeilijk onder controle te houden. Daarom vind ik het wel goed — dat aspect is tot op heden afwezig — dat eindelijk echt werk wordt gemaakt van het situeren van het probleem door middel van cijfers, zodat wij kunnen nagaan over welke grootteorde het hier gaat. Tot op heden gaven de artsen volgens mij heel weinig gevallen aan. Dat is typisch, want een arts zal niet snel een patiënt aangeven, ook al doen zulke situaties zich vaak voor.

Het is dus goed dat dit in kaart wordt gebracht, want dat is de manier waarop het probleem echt kan worden aangepakt. Het is ook goed dat u niet hebt gewacht met het oprichten van een werkgroep met vertegenwoordigers van de twee kabinetten en de huisartsen, om meteen tot concretere resultaten te komen.

Ik ga met u akkoord dat dit zal moeten worden ingepast in de globale hervorming van de wachtposten, de spoeddiensten enzovoort. Zoals gezegd, daarover zullen wij het later nog hebben.

05.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je suis étonnée d'apprendre qu'il n'y a pas de chiffres. Je pense qu'il y en a au département de l'Intérieur, puisque les médecins généralistes figurent parmi les personnes les plus exposées en termes de sécurité et d'agressions potentielles. Ils sont, en effet, identifiés sous la rubrique des personnes fortement exposées.

L'insécurité peut arriver à tout moment, certes, mais la nuit est quand même le moment où les risques sont les plus élevés, parce que les médecins se rendant au domicile du patient se trouvent très isolés, sauf pour les cercles ayant mis en place le système avec chauffeurs.

Ce n'est pas un problème d'établir un lien entre sécurité et organisation, mais une organisation imposée par les autorités selon un modèle de standardisation, de profil, de dynamique identique à implémenter partout serait à mon avis la plus grande erreur que l'on puisse commettre.

La réalité est très différente entre les zones rurales et urbaines. Autant je suis favorable à l'organisation du 1733, autant je pense que le 1733 ne signifie pas de tout ramener aux urgences ou aux postes de garde. Je ne peux, madame la ministre, que plaider, tant sur le volet de la sécurité et de l'organisation des gardes, pour que l'on donne l'opportunité aux cercles de médecine générale, éventuellement en collaboration avec les hôpitaux de leur région, de s'organiser en fonction de leur spécificité. C'est là que nous aurons le plus d'atouts gagnants plutôt qu'en voulant mettre en place une standardisation qui ne collera pas à la réalité et ne nous apportera rien de positif.

05.06 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, je crois que vous n'avez pas la même conception que moi de la standardisation. Quand on parle de standardisation, cela signifie que les moyens dévolus aux postes de garde seront standardisés. Parmi les généralistes, il faudra également une continuité. Il est superflu d'avoir une garde de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures le week-end, parce que les patients ignorent qu'ils peuvent s'y rendre.

Le projet 1733 est un projet pilote qui a commencé à Louvain et Tirlemont. Des fonds ont été prévus. Un projet similaire a été prévu en Wallonie également, mais il n'a pas encore démarré. Il serait pourtant intéressant de le lancer car il pourrait nous livrer toutes les informations dont nous avons besoin.

Om alle misverstand te vermijden, het is niet de bedoeling om iedereen naar de spoeddienst te sturen,

evenmin als om iedereen naar de huisarts te sturen. Er zijn immers urgente gevallen waarmee men onmiddellijk naar een ziekenhuis moet.

La **présidente**: Madame la présidente, accepteriez-vous que l'on continue ce débat lorsque nous arriverons aux questions qui le concernent? Sinon, nous aurions dû joindre toutes les questions pour avoir un débat global.

05.07 Maggie De Block, ministre: Oui, mais je voulais donner cette précision pour éviter tout malentendu.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Chers collègues, puis-je vous rappeler que le temps de parole pour les questions orales est limité à cinq minutes au total, c'est-à-dire pour la question, la réponse et la réplique.

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de conventie logopedisten" (nr. 9563)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de logopedisten" (nr. 9883)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "logopedie" (nr. 10129)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "logopedie" (nr. 10403)

- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "logopedie op school" (nr. 11027)

06 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la convention logopèdes" (n° 9563)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les logopèdes" (n° 9883)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la logopédie" (n° 10129)

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la logopédie" (n° 10403)

- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la logopédie en milieu scolaire" (n° 11027)

Mevrouw Muylle is niet aanwezig.

06.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, onze vragen dateren van eind februari of begin maart. Waarschijnlijk zijn ze wat achterhaald. Het gaat over het probleem om tot een akkoord te komen over een nieuwe terugbetalingsovereenkomst met de logopedisten. De logopedisten zijn er voorstander van om hun ereloon na twintig jaar op te trekken, maar de mutualiteiten hebben daar een andere mening over, omdat de toegankelijkheid bij logopedisten nu ook al een probleem is voor minder gegoede mensen.

Is er ondertussen al een akkoord? Ik dacht het wel. Kunt u dat toelichten? De andere vragen laat ik dan achterwege.

Ik wil daar nog aan toevoegen dat niet alleen kinderen naar de logopedist gaan, maar ook veel volwassenen met problemen die logopedie nodig hebben. Plant u dit op te nemen in uw grote werf inzake KB nr. 78?

06.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, on vient de décrire le contexte, je ne vais pas le répéter.

La logopédie est souvent beaucoup plus qu'une nécessité pour tous les enfants qui sont atteints de troubles de l'apprentissage. C'est un passage obligé si on veut pouvoir obtenir des résultats positifs.

L'organisation des séances de logopédie dans l'enceinte scolaire permet aux enfants de bénéficier de cette prise en charge tout en restant dans un milieu qu'ils côtoient quotidiennement et sans imposer aux parents

des obligations supplémentaires en termes d'organisation et de déplacement. Ceci permet aussi un contact qui peut être profitable à tout le monde entre le logopède et l'enseignant.

Je n'y vois donc que des aspects positifs tant pour l'enfant que pour la sécurité sociale. En effet, ce qu'on ne fait pas suffisamment tôt à l'école, on le paie dans un deuxième temps, que ce soit sur le volet des prises en charge de ces difficultés par la logopédie ou que ce soit sur le volet des capacités d'insertion professionnelle moindres pour l'enfant qui a eu un apprentissage plus difficile.

Madame la ministre, comment expliquez-vous cette volonté de supprimer le remboursement des séances de logopédie effectuées à l'école? Quelle est votre vision sur les enjeux de la logopédie à l'école? Quelles sont les motivations de cette décision?

06.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, wij zijn inderdaad een beetje in de war door de lange duur, maar dat is geen verwijt; laat dit duidelijk zijn. Er zijn nu eenmaal veel vragen. Mijn vraag werd iets later ingediend dan die van mijn collega Dedry.

De logopedisten en de ziekenfondsen hebben onlangs een tweejarig tariefakkoord afgesloten. Het ereloon is gestegen van 22,05 naar 22,70 euro, behalve voor zittingen in de scholen. Als ik het goed heb begrepen, wordt het geld hiervoor vrijgemaakt door een vermindering van het maximaal aantal zittingen.

Zoals collega Dedry reeds heeft aangehaald, verliepen de onderhandelingen tussen de logopedisten en de ziekenfondsen bijzonder moeizaam. De logopedisten hebben eind vorig jaar het akkoord opgezegd omdat zij niet voldoende geld kregen om hun ereloon te verhogen tot de gewenste 28 euro per halfuur. Zij wilden dit bedrag vrijmaken door een ongefundeerde verlaging van het aantal zittingen en een verhoging van het remgeld. De ziekenfondsen gingen hierin, volgens mij terecht, niet mee.

Het compromis dat op maandag 7 maart uit de bus is gekomen, gaat uit van een matige verhoging van het ereloon, een vermindering van het aantal zittingen op een meer aanvaardbare manier en het behoud van het remgeld. De logopedisten moeten de patiënt duidelijk informeren dat eventuele extra zittingen te zijnen laste zijn en uitleg geven over de eventuele meerwaarde ervan. Daar wringt volgens mij het schoentje. Of zijn er ondertussen andere dingen gebeurd?

Mijn vragen zijn de volgende. Bestaat niet het gevaar dat mensen even vaak zullen blijven gaan, op aanraden van de logopedist, maar meer sessies uit eigen zak zullen moeten betalen? De erelooneis van de logopedisten mag toch niet ten koste gaan van mensen die echt zorg nodig hebben? Kunt u garanderen dat dit niet gebeurt? Op welke criteria is de volumebeperking gebaseerd?

06.04 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la présidente, madame la ministre, je sais de quoi il retourne pour les questions de mes collègues, mais je voulais vous demander comment vous ressentez le fait que, selon la presse, les mutuelles demandent que les logopèdes n'exercent plus leurs prestations au sein des écoles, pendant les heures scolaires.

C'est une question toute simple mais qui me tient fort à cœur parce que je suis une ancienne logopède. J'ai connu cette situation et j'étais déjà révoltée à l'époque.

06.05 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, madame Fonck, mevrouw Jiroflée en madame Caprasse, bedankt voor uw vragen.

Eerst zal ik een stand van zaken geven. Inderdaad, op 27 oktober 2015 hebben de beroepsverenigingen van logopedisten de overeenkomst 2015-2017, die zij hadden afgesloten, opgezegd. Zodra de begrotingsdoelstelling voor de sector gekend was, werden de onderhandelingen over het afsluiten van een nieuwe overeenkomst opgestart, zowel in de plenaire vergadering van de overeenkomstencommissie Logopedisten-Verzekeringsinstellingen als in de werkgroep van de commissie. Dat verliep zeer moeizaam. De vergaderingen vonden plaats op 26 november, 3 december, 10 december, 8 februari en 15 februari. Het was dus zo'n beetje een processie van Echternach.

Op 27 januari heb ik naar de overeenkomstencommissie een brief gestuurd die denkpistes en mogelijk te volgen richtingen bevatte met het oog op het afsluiten van een nieuwe overeenkomst. Die brief werd dan ook aan de leden van de overeenkomstencommissie meegedeeld op 28 januari 2016.

Ondertussen heb ik aanvaard dat in het kader van de paramedische beroepen bedragen worden gereserveerd voor de instelling van het sociaal statuut voor geconventioneerde logopedisten, voor een bedrag van 2,6 miljoen euro, en voor de invoering van het locked-insyndroom in de nomenclatuur van de logopedie, voor een bedrag van 240 000 euro.

Meerdere teksten van overeenkomst die voorstellen tot administratieve vereenvoudiging inhielden, werden voorgelegd aan de commissie. Een laatste tekst werd nog voorgelegd op de vergadering van 15 februari. Het ging om een verhoging van de honoraria met 0,59 euro per zitting van dertig minuten, de toekenning van het sociaal statuut, de toekenning van de verstrekking locked-in en de hervorming van de nomenclatuur van de verstrekkingen, waarbij ouderbegeleiding werd opgenomen. Die tekst werd verworpen, zowel door de meerderheid van de verzekeringsinstellingen, die niet akkoord gingen met de voorgestelde honorariumverhoging, omdat zij niet willen dat het persoonlijk aandeel voor de patiënten per zitting zou verhogen, als door de logopedisten, die een verhoging van het honorarium wensen zonder vermindering van het aantal zittingen per stoornis.

Gelet op het feit dat er geen overeenkomst bestaat sinds 1 januari 2016 en dat de onderhandelingen tussen de logopedisten en de verzekeringsinstellingen geen resultaat hadden opgeleverd, werd artikel 49, § 5 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging toegepast. Een tekst van overeenkomst werd aan elke logopedist voorgelegd door het Verzekeringscomité op 22 februari 2016. Dit voorstel bevatte ook de toekenning van het sociaal statuut en de toekenning van verstrekkingen voor het locked-insyndroom, maar niet de verhoging van het honorarium. Dat voorstel heeft wel een gewone meerderheid gehaald, maar geen tweederdemeerderheid. Het is dus later op de tafel van het Verzekeringscomité gekomen.

Entre-temps, la Commission de conventions entre les logopèdes et les organismes assureurs a poursuivi ses travaux afin d'aboutir à une convention négociée entre les deux parties. Enfin, le lundi 8 mars 2016, une nouvelle convention a été conclue pour une période de deux ans. Elle permet de garantir des traitements de logopédie accessibles à tous.

Les modifications de la nomenclature prévoient de revoir le nombre maximal de séances par trouble, en vue d'augmenter la qualité et l'efficacité des traitements. Cette convention prévoit à l'avenir de rembourser l'accompagnement parental, étant donné que cela permettra de réduire le nombre de sessions nécessaires au traitement de l'enfant et d'améliorer leur efficacité.

En outre, les rechutes à un âge ultérieur seront également reprises dans les modalités de remboursement. L'ajustement du nombre de séances par affection a permis une augmentation des honoraires de 0,68 euro pour arriver à des honoraires de 22,70 euros par séance. La quote-part personnelle du patient a été gelée et il est prévu de passer à des quotes-parts personnelles fixes. Cette augmentation ne s'applique pas à la logopédie au sein des établissements scolaires. Le statut social des logopèdes a également été retenu.

Kortom, voor de logopedisten en voor de patiënten is deze overeenkomst een goede zaak.

Ik heb hier de cijfers in antwoord op de vragen van collega's Dedry en Fonck. Het is misschien interessant die ook aan de andere leden van de commissie te geven.

Madame Fonck, les chiffres indiquent que la majorité (87 %) des remboursements concerne des patients de moins de quinze ans. Ce pourcentage est stable. Les pourcentages après l'âge de quatre ans indiquent que le traitement est entamé dès que l'école a été alertée, et c'est ce qui amène le plus d'efficacité.

Er zijn ook heel wat aandoeningen die later behandeld worden. Wij zien een piek op 69-74 jaar, als gevolg van CVA's en andere hersenaandoeningen.

Kortom, er zijn twee grote pieken. Bij kinderen tot de leeftijd van vijftien jaar, en bij de ouderen.

Je n'ai pas eu connaissance de ce que vous avez relevé dans la presse et je n'ai pas le temps de regarder la télévision. Je vais demander ce qui a été dit et dans quel contexte.

Je trouve que nous avons fait une bonne affaire. Ce n'était pas facile. J'ai également fait un effort financier important. Il est déterminant pour le patient qu'il y ait à nouveau un accord avec les logopèdes.

06.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord en voor de cijfers.

Het is een goede zaak dat er een akkoord is. Ik veronderstel, aangezien het akkoord er is, dat er geen problemen meer rijzen om er binnen het koninklijk besluit nr. 78 nog iets mee te doen.

06.07 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, malgré l'accord, certains acteurs de terrain restent insatisfaits.

Il est question de supprimer le remboursement des séances de logopédie effectuées à l'école. Les honoraires sont gelés.

Comme vous l'avez dit, le pic est énorme: 80 % des patients ont moins de quinze ans. Les enjeux en termes d'apprentissage et d'insertion socioprofessionnelle sont majeurs. Si l'intervention en ce domaine était supprimée pour certains enfants, l'un des risques est qu'ils ne puissent plus être suivis. Les conséquences à moyen terme en seraient très graves.

Je me permets donc d'insister sur la nécessité de maintenir le remboursement des séances de logopédie à l'école. Cela me semble en effet important pour les enfants, qui sont des adultes en devenir.

06.08 Karin Jiroflée (sp.a): Het is een goede zaak dat er een overeenkomst is, daar hoort u mij niet over. Ik blijf wel ongerust, want de vraag rijst wat het volgende zal zijn: zal het nog verder worden beperkt? Ik meen geen antwoord te hebben gekregen op mijn laatste vraag: op welke criteria is de volumebeperking juist gebaseerd? Misschien is ook u dat niet helemaal duidelijk en is dat in de onderhandelingen tussen logopedisten en ziekenfondsen gebeurd. Ik veronderstel dat dit nog zal worden vervolgd.

06.09 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, je pense qu'il faut vraiment être très attentif à ce qui va se passer. Il est évident que quand on retire un enfant de la classe pour une rééducation, c'est justement parce que c'est un enfant qui a des difficultés scolaires. Ce sont vraiment des symptômes très typiques à la scolarité. Ces enfants retirés de la classe bénéficient d'une rééducation privilégiée qui leur permet de rattraper leurs difficultés déjà vécues en classe.

Par ailleurs, il y a une contrepartie à ce problème. Si les logopèdes n'effectuent plus ce type de rééducation pendant le temps scolaire, que vont-ils faire pendant ce temps-là? En effet, en dehors des heures scolaires, ils s'occupent d'enfants qui ont des symptômes beaucoup plus typiques comme le bégaiement, un gros retard de langage, etc. Donc, on handicape également très fort la profession. Je l'ai vécu, il y a très longtemps, avant que la logopédie ne soit reconnue par les mutuelles. C'était la décision d'un ministre, M. Bertouille - je m'en souviendrai toute ma vie -, qui nous empêchait d'exercer notre métier pendant les heures scolaires. C'était intolérable.

J'attire vraiment votre attention, madame la ministre, pour que cela ne se reproduise pas. Vous avez un poids, auprès des mutuelles en tout cas.

06.10 Maggie De Block, ministre: J'ai accordé plus de moyens pour activer un accord entre les logopèdes et les organismes assureurs. Ce n'est pas moi qui ai négocié.

06.11 Véronique Caprasse (DéFI): Je ne vous jette pas la pierre. J'attire vraiment votre attention parce que je sais que les logopèdes sont tous derrière moi.

La **présidente**: La question est de savoir où est exactement le problème. Il faut apparemment investiguer davantage.

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

07 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het betaalbaar maken van de NIPT" (nr. 9596)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NIPT-test" (nr. 9710)

- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling

van de NIPT voor de opsporing van trisomie 21" (nr. 9919)

07 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction du coût du DPNI" (n° 9596)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test DPNI" (n° 9710)

- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du NIPT pour détecter la trisomie 21" (n° 9919)

07.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, Hendrik Cammu, gynaecoloog aan de VUB, pleit voor het meer betaalbaar maken van de NIPT-test.

De NIPT is een screening. Na positief resultaat moet er alsnog een vlokcentest of vruchtwaterpunctie worden gedaan. Vandaag wordt die vlokcentest of vruchtwaterpunctie vaak nog gedaan na een positieve combinatietest, die veel minder accuraat blijkt te zijn dan de NIPT.

Professor Cammu stelt dat als iedereen de NIPT zou ondergaan de kosten voor de combinatietest zouden wegvallen. Hij vindt het zelfs absurd dat die nog wordt gedaan. Volgens hem zouden er minder vruchtwaterpuncties en vlokcentesten moeten gebeuren.

Mevrouw de minister, ik wil even peilen naar uw standpunt in dezen. Hebt u al andere adviezen in die richting gekregen? Zijn er al stappen gezet om de NIPT meer betaalbaar te maken en/of terug te betalen?

07.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, ik zal niet hernemen wat er al allemaal is gezegd over de NIPT-test.

Er waren inderdaad adviezen van het Federaal Kenniscentrum en de Hoge Gezondheidsraad. De Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV was belast met het formuleren van een budgetneutraal voorstel voor de terugbetaling van de NIPT-test, in overeenstemming met de gegeven adviezen.

Dat voorstel van terugbetaling is er in 2015 gekomen op basis van de prijzen en de informatie waarover de raad toen beschikte. Aangezien de prijs van de test toen meer dan 800 euro bedroeg, heeft de raad dan ook aangeraden de terugbetaling alleen te doen bij de hoogrisicopatiënten en in geval van een positieve test in het eerste trimester.

Aangezien korte tijd nadien bekend raakte dat de prijs van soortgelijke testen sterk aan het dalen was, heb ik de Technisch Geneeskundige Raad gevraagd om het voorstel te herzien in het kader van die nieuwe informatie, zodat die test dan ook voor alle zwangere vrouwen toegankelijk zou kunnen worden gemaakt.

De besprekingen daarover zijn nog bezig. Ik heb gehoord dat ze geanimeerd verlopen. Niettemin hoop ik dat weldra een nieuw terugbetalingvoorstel wordt geformuleerd, dat daarna zo snel mogelijk in werking kan treden.

07.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u heel erg voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen in de gezondheidszorg" (nr. 9619)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ontsparing van de gezondheidszorgbegroting" (nr. 9961)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen in de gezondheidszorg" (nr. 10679)

08 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies en soins de santé" (n° 9619)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dérapage du

budget des soins de santé" (n° 9961)

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies en soins de santé" (n° 10679)

08.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, tijdens het weekend van 9 en 10 april communiceerde de regering over een aantal besparingen, onder andere ook in de gezondheidszorg. U stelde vroeger reeds dat de verdere besparingen in de gezondheidszorg de patiënten niet zouden raken.

Wij willen dat heel graag geloven, maar na dat weekend van 9 en 10 april zijn wij er toch van overtuigd dat u de ziekteverzekering zonder zuurstof zet. De remgelden en supplementen stijgen, toegankelijkheidsmaatregelen worden teruggeschroefd, akkoorden worden steeds moeilijker gevonden en de onvervulde noden blijven onvervuld.

Wij zijn dus heel ongerust over de opeenvolgende besparingen. Daarom een heel eenvoudige vraag, mevrouw de minister, om zicht op de zaak te krijgen. Wat is ingevolge de initiële begroting en de daaropvolgende besparingsronde nu de huidige groeinorm in de gezondheidszorg?

08.02 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, la question ayant été déposée il y a quelques semaines et vu le retard pris dans cette commission, je dois l'adapter quelque peu. Ma question se terminait en exprimant ma préoccupation de ce qu'allait donner le contrôle budgétaire. Nous disposons maintenant des éléments de celui-ci

La question partait de l'idée que le service des soins de santé de l'INAMI avait élaboré un exercice supplémentaire, suite à la forte augmentation continue des dépenses comptabilisées dans le courant de 2015. Cette note se base sur les chiffres réels des 9 premiers mois de 2015 et puis extrapole pour vérifier si les objectifs budgétaires 2015 et 2016 sont bien respectés. Parmi les éléments soulevés dans le cadre du budget de 2015, nous notons une possible augmentation du remboursement des prestations de dentisterie durant les derniers mois en raison de modifications que vous avez apportées l'an dernier en matière de remboursement de soins dentaires. Le problème le plus important concerne cependant le budget 2016 pour lequel il manque 101,6 millions pour respecter la trajectoire budgétaire que s'est imposé votre gouvernement. En cause: le budget des médicaments qui gonfle trop vite.

Madame la ministre, pourriez-vous détailler les raisons de cette hausse imprévue des dépenses en médicaments? Une *task force* réunissant les représentants des médecins et des mutualités devait être mise en place pour trouver des pistes et des méthodes pour dégager 100 millions manquants. Un calendrier a-t-il été déterminé dans le cadre des travaux de ce groupe de travail? Quelles sont les pistes qui sont déjà sur la table pour combler ce manque? Pouvez-vous nous certifier qu'elles ne toucheront pas à nouveau les patients? Vous me direz qu'après avoir décidé de réduire les dépenses de soins de santé de 3,2 milliards entre 2015 et 2018, vous n'en êtes pas à 100 millions près. Mais je vous dirai que les patients sont, eux, extrêmement attentifs au coût que représentent les médicaments dans leur portefeuille.

08.03 Minister **Maggie De Block**: Op basis van de tussentijdse technische ramingen van eind januari van de uitgaven voor geneeskundige verzorging voor 2015 en 2016, uitgevoerd door het RIZIV, blijkt dat er voor 2015 een klein overschot was. Daar werd niets over gezegd. In 2016 zou men echter afstevenen op een verslechtering ten opzichte van de initiële begroting ten bedrage van 101,6 miljoen euro.

Ik heb midden februari dan ook beslist een taskforce op te richten binnen de Algemene Raad, onder het voorzitterschap van de heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV. Die taskforce kent de volgende samenstelling: drie vertegenwoordigers van de mutualiteiten, drie vertegenwoordigers van de werknemersorganisaties, drie vertegenwoordigers van de werkgeversorganisaties, drie vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers, drie vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, verder ook de beleids- en controlediensten van het RIZIV, de voorzitters van de Algemene Raad, van het Verzekeringscomité en van de Commissie voor begrotingscontrole van het RIZIV en een vertegenwoordiger van mijn beleidscel. Desgevallend kan deze taskforce ook externe experts uitnodigen.

Deze oprichting werd aangekondigd in de vergadering van het Verzekeringscomité van het RIZIV op maandag 22 februari en eveneens op de vergadering van de Algemene Raad op maandag 29 februari.

La *task force* a pour mission de formuler avant le 1^{er} juin 2016 une proposition au Conseil général avec des mesures visant à faire correspondre les dépenses en soins de santé issues de l'objectif budgétaire global

aux dépenses autorisées, telles qu'approuvées par le Conseil général, et ainsi compenser de manière structurelle l'aggravation de 101,6 millions d'euros à l'aide de mesures.

Je souhaite que les propositions de la *task force* s'inscrivent dans une vision qui aspire à préserver des soins de santé de qualité et accessibles, en prêtant attention aux éléments suivants: les principes de l'*evidence based medicine* et les directives internationales, la lutte contre les abus et la fraude, ainsi que la prévention, la simplification réglementaire et administrative, la responsabilisation de tous les acteurs, la prévention, l'élimination ainsi que la lutte contre le gaspillage et la surconsommation.

Eveneens werd aangegeven dat de taskforce rekening zou houden met het beleid, met de aangegane en in onderhandeling zijnde meerjarencaders en -pacten die met diverse sectoren binnen de gezondheidszorg zijn afgesloten of worden onderhandeld, en met het relatief gewicht van de verschillende sectoren in de begroting. Er mag geen compensatie zijn van de maatregelen door volume-effecten. Bovendien moet rekening worden gehouden met de rapporten van de Commissie voor begrotingscontrole, het Kenniscentrum en ander eventueel nuttig studiewerk.

De taskforce kwam op 21 maart een eerste maal samen, en heeft inmiddels plenair en in werkgroepen reeds vijf keer vergaderd. De voorstellen van de taskforce zullen worden voorgelegd aan de Algemene Raad van het RIZIV. Deze Algemene Raad, die onder andere bevoegd is om te waken over het financieel evenwicht van de verzekering voor geneeskundige verzorging, zal op basis van het rapport van de taskforce een advies uitbrengen aan de regering. De taskforce kan voorstellen formuleren op alle domeinen, inclusief geneesmiddelen en implantaten. Ik heb ook aan de taskforce gevraagd rekening te houden met het beleid en met de aangegane en in onderhandeling zijnde meerjarencaders en -pacten met de diverse sectoren binnen de gezondheidszorg.

De groeinorm bedraagt, zoals bepaald in artikel 40 van de wet op de geneeskundige verzorging, 1,5 % reëel. Volgens de recentste ramingen bedraagt de reële groei in 2016 1,12 %.

08.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik waardeer de inspanningen van mevrouw De Block om de uitgaven binnen redelijke grenzen te houden, maar dit blijkt toch niet echt te lukken in de regering zelf.

Mevrouw de minister, u haalt een groeinorm van 1,12 % aan. Wij hebben ook onze berekeningen gemaakt en wij komen uit op 0,72 %. Dat is minder dan de helft van de oorspronkelijk groeinorm.

Ik geloof in uw goede intenties, alleen wordt alles wat u in de gezondheidszorg bespaart, opgenomen in de algemene besparingen. Als u nog een aantal onvervulde noden zou lenigen met uw besparingen, dan zouden wij daarvoor nog kunnen applaudiseren. Ik denk bijvoorbeeld aan het terugbetalen van de psychologische hulp. Er gebeurt echter niets met uw inspanningen. Het is een gewone, kale besparing en dat betreuren wij ten zeerste.

08.05 André Frédéric (PS): Dans le même ordre d'idée et très brièvement, je reconnais que la ministre essaie de défendre son secteur. C'est l'impression qu'elle me donne. Je dois l'en féliciter. Nous soutiendrons toujours ce type d'attitude. Mais la situation est tout de même inquiétante. Nous serons très attentifs à ce que la *task force* proposera. Comme elle a mis un peu de temps à se mettre en place, nous devrions disposer des conclusions pour le mois de juin.

En ce qui concerne la norme de croissance, je me souviens encore des 4,5 % et des 3 % sous le gouvernement précédent. Ici, nous arrivons à 1,12 %. Selon nos estimations ce serait plutôt 0,69 %, mais on ne va pas se battre pour des centièmes de pour-cent. Mais ce qui est interpellant, c'est qu'il va falloir faire des choix et que nous serons attentifs à ceux qui seront faits car les patients sont inquiets. Déjà aujourd'hui, certains doivent choisir entre manger, acheter l'ensemble de leurs médicaments ou quelques-uns seulement. Derrière les aspects financiers et budgétaires, il y a des aspects éminemment humains auxquels nous devons rester extrêmement attentifs.

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

09 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van nieuwe HCV-therapieën aan prioritaire groepen" (nr. 9878)

09 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement aux groupes prioritaires des nouvelles thérapies contre le VHC" (n° 9878)

09.01 Minister **Maggie De Block:** (...)

09.02 **Karin Jiroflée** (sp.a): Heb ik dat daarnet gezegd? Ik heb gezegd dat er onvervulde noden zijn.

09.03 Minister **Maggie De Block:** (...)

09.04 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, dat is niet juist. Natuurlijk doet u dingen. Ik ben begonnen, net als de heer Frédéric, met te zeggen dat wij uw inspanningen waarderen. Alleen is het zo dat wij niet rond de cijfers kunnen, het was 1,5 en nu is het 0,72.

Dan kom ik aan mijn vraag over de HCV-therapieën. Wereldwijd leven 150 miljoen mensen met chronische hepatitis C. Jaarlijks overlijden wereldwijd 350 000 mensen aan deze ziekte. In België zijn 70 000 mensen besmet met het hepatitis C-virus. Afhankelijk van de studie varieert de prevalentie in Vlaanderen van 0,12 % tot 0,8 %.

Dankzij nieuwe doeltreffende HCV-therapieën is de duurtijd van de behandeling verminderd en is de kans op genezing veel hoger. Bovendien hebben de nieuwe therapieën minder bijwerkingen. Volgens Belgische academici kunnen deze nieuwe therapieën ertoe bijdragen dat het aantal gevallen met ernstig leverfalen en overlijden ten gevolge van HCV wereldwijd gehalveerd wordt tegen 2030. Het aantal nieuwe infecties zou met een derde kunnen dalen. Naast gezondheidswinst voor de patiënt heeft het medicijn ook een preventieve werking.

In België worden de nieuwe doeltreffende geneesmiddelen tegen HCV alleen terugbetaald aan patiënten in een fibrotestadium 3 of 4. In het *Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie* en ook in uw beleidsnota engageert u zich ertoe om een structureel systeem uit te werken voor de terugbetaling van hepatitis C-geneesmiddelen, waarbij de terugbetaling wordt uitgebreid naar patiënten met een fibrotestadium 2 waarvoor de hoogste medische nood bestaat.

In Nederland, bijvoorbeeld, kunnen deze patiënten reeds toegang krijgen tot bijzonder doeltreffende nieuwe therapieën. Bovendien bepalen richtlijnen van de WHO en de European Association for the Study of the Liver dat bepaalde patiënten en doelgroepen prioriteit moeten krijgen bij de behandeling van HCV, ongeacht het fibrotestadium. Het gaat onder meer over vrouwelijke patiënten met HCV die zwanger wensen te worden, hemodialysepatiënten en mensen met een HCV/hiv-co-infectie.

Wat die patiënten met een co-infectie betreft, volgens het SOA surveillance rapport van het WIV was 3 % van de hiv-positieve patiënten ook met hepatitis C geïnfecteerd. Navraag bij verschillende aidsreferentiecentra leert ons dat een veel kleiner percentage van de patiënten met een hiv/HCV-co-infectie in de medische opvolging in aanmerking komt voor de nieuwe medicatie. Kortom, het gaat hier over een heel kleine groep van patiënten. Ik vermoed dat ik al een deel van uw antwoord op de vragen ken.

Tegen wanneer wenst u een systeem uit te werken voor de terugbetaling van geneesmiddelen inzake hepatitis C aan een grotere groep HCV-patiënten?

Hoe definieert u patiënten waarvoor de hoogste medische nood bestaat, waarvan sprake in uw beleidsnota?

Bent u bereid te onderzoeken of prioritaire doelgroepen met HCV en prioritaire patiëntengroepen met HCV, ongeacht hun fibrotestadium, en conform de richtlijnen van de WHO en andere toonaangevende instellingen, ook in aanmerking kunnen komen voor de terugbetaling van de nieuwste generatie medicatie?

Plant u in de toekomst een verdere uitbreiding van de terugbetaling van de nieuwste generatie medicatie, zodat de medicatie toegankelijk wordt voor alle HCV-patiënten, zoals nu reeds in Nederland het geval is?

09.05 Minister **Maggie De Block:** Mevrouw Jiroflée, zoals u terecht zegt, stond dit in de beleidsnota. We hebben dat vroeger dan werd aangekondigd, ingevoerd. Er was gezegd dat we het zouden proberen te doen vanaf juli 2015, maar in feite is de terugbetaling van die medicatie voor fibrotestadia 3 en 4 reeds ingegaan in januari 2015. Dat is een van de zaken waarvoor ondanks de besparingen geld werd uitgetrokken, waarvoor vroeger nooit geld werd uitgetrokken.

Momenteel ligt de terugbetaling op tafel van deze geneesmiddelen voor vroegere fibrosestadia waarvoor de hoogste medische nood bestaat. De bedoeling is om ten laatste in januari 2017 de terugbetaling geregeld te hebben. We moeten nog heel wat werk verzetten. Het is eveneens de bedoeling om zich te buigen over de definitie van patiënten waarvoor de hoogste medische nood bestaat: daar is wel wat discussie over.

De besprekingen met betrekking tot de terugbetaling van nieuwe therapieën liggen momenteel op tafel en maken het voorwerp uit van een grondig onderzoek door de verschillende partijen. U weet dat verschillende nieuwe medicaties voor de behandeling van hepatitis C op het einde van de *pipeline* zitten. Dat zal onze mogelijkheden vergroten om de patiënten een terugbetaling te verschaffen.

U stelt dat het om een klein aantal patiënten gaat. Wij waren verrast door de terugbetaling voor de stadia 3 en 4, die op negenhonderd patiënten per jaar geraamd was. Nu blijkt het om het dubbele daarvan te gaan. Een aantal mensen bevindt zich waarschijnlijk onder de radar, maar zij krijgen allemaal een terugbetaling. Ik houd daar rekening mee, want het heeft voor een budgettaire verrassing gezorgd. Niettemin hebben wij er niet voor gekozen om het aantal te beperken. Dat zou niet correct zijn, maar wij zijn toch voorzichtig en we maken de financiële ramingen ruim genoeg, zodat alle terugbetalingen erin opgenomen worden.

09.06 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik wil u bedanken voor uw inspanningen. Als het goed is, dan zeggen wij het ook, maar ik wil erop blijven aandringen om in de regering nog meer uw mannetje te staan. Ik ben ervan overtuigd dat u dat heel goed kunt.

La **présidente**: Il devrait y avoir un déplacement. Si on rembourse les phases 2, il n'y aura plus de phase 3.

09.07 Maggie De Block, ministre: Il y a de nombreuses différences. Cela dépend aussi de l'état général des personnes. Mais il ressortira certainement un bénéfice de commencer à les traiter plus tôt.

Il faut regarder tout le bilan, aussi lorsque des gens ont encore la capacité de rester actif, de travailler.

La **présidente**: Il y a d'autres dépenses et d'autres bénéfices qu'il faut prendre en compte.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "voedingsclaims" (nr. 9881)

10 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les allégations nutritionnelles" (n° 9881)

10.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, Test-Aankoop heeft een klacht ingediend bij de FOD Economie vanwege misleidende voedingsclaims. Op sommige producten staan er afbeeldingen van bijvoorbeeld fruit, terwijl de betreffende producten in werkelijkheid heel weinig fruit bevatten. Een bekend voorbeeld zijn de Granykoeken van Lu, waarop staat hoeveel granen en fruit ze bevatten, terwijl het om amper 2,6 % gaat en het bovendien geen echt fruit is, maar een soort van fructose.

Mevrouw de minister, daarover heb ik de volgende vragen.

Bent u het eens met Test-Aankoop dat de bestaande regels strenger toegepast zouden moeten worden en dat er minimumpercentages vastgelegd moeten worden voor bepaalde voedingscategorieën?

U bent bezig met een overleg met de suikersector. Komt het aspect van de eerlijke ingrediëntenlijst daarbij ook aan bod? Test-Aankoop spreekt specifiek over zeven producten, maar ik bedoel mijn vraag in het algemeen.

Wat is uw mening over de minimumpercentages voor bepaalde voedingscategorieën, bijvoorbeeld vruchtenyoghurt en dranken?

Dit jaar wordt de regulering van voedingsclaims met betrekking tot voedingsprofielen geëvalueerd op Europees niveau. Op 12 april – later dan de indiening van deze vraag, waardoor die info er niet in verwerkt was – is er een Europese resolutie goedgekeurd die inzake de voedingsprofielen weer wat gas terugneemt,

wat heel jammer is.

In het kader van de besprekingen die wij in de commissie al gevoerd hebben over de voedsellabeling, blijf ik u vragen wat u vindt van een duidelijke voedsel etikettering met kleuren op de voorkant van de verpakking.

10.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, ik dank u voor uw vraag, die gebaseerd is op een studie van Test-Aankoop. De minimumpercentages van een bepaald ingrediënt voor een voedingscategorie of het aanpassen van de ingrediëntenlijst vallen onder de bevoegdheid van de FOD Economie. Test-Aankoop weet dat, want het heeft daar een klacht ingediend. De bevoegdheid voor die klacht ligt dus bij mijn collega, minister Peeters.

In de werkgroep Energiereductie, waarnaar u verwijst en die geleid wordt door de FOD Volksgezondheid, wordt gepraat over een evenwichtigere samenstelling van voedingsproducten. Wat het Europees kader betreft, is inderdaad voorzien in de evaluatie van verordening nr. 1924/2006 inzake voedings- en gezondheidsclaims voor levensmiddelen, meer specifiek inzake het ontbreken van Europese nutritionele profielen. Spijtig genoeg bevindt die procedure zich nog in een beginstadium. De Europese Commissie heeft de lidstaten pas recent geconsulteerd over de reeks van vragen die in dat kader gesteld zullen worden. Het is dus nog te vroeg om te zeggen in welke richting de conclusies van de evaluatie zullen gaan, maar het is interessant om die te volgen.

Het is mogelijk dat aanvullende labelsystemen voor voedselproducten innovatie kunnen stimuleren, maar dat is helemaal niet zeker. Wij bekijken welke labels er in het buitenland bestaan. Er zijn rode, groene en oranje lichten en vinkjes of vogeltjes. Wij moeten goed onderzoeken wat de meerwaarde daarvan is.

Ook uit de hoorzittingen over de voorstellen van resolutie in de Kamer in oktober 2015 is gebleken dat bijkomend onderzoek nog steeds nodig is. Ook mijn administratie werd daarbij betrokken. Hoe dan ook moet er een groter wetenschappelijk en maatschappelijk draagvlak komen, alvorens wij systemen met lichten of vinkjes invoeren. Aangezien wij geen gesloten markt voor voedingsproducten hebben – de producten uit alle landen liggen naast elkaar in de rekken – zou een geharmoniseerde Europese aanpak inderdaad niet slecht zijn, hoewel de lidstaten afzonderlijke initiatieven kunnen nemen.

Al bij al vind ik het voor de consument verschrikkelijk ingewikkeld. Er moet snel gewinkeld worden en er moet op allerlei zaken worden gelet: data, samenstelling, componenten die misschien eigenaardige reacties kunnen teweegbrengen enzovoort. Een mens moet bijna een cursus volgen om zijn zaterdagse boodschappen te doen. Dan gaat het niet alleen over voedingsproducten maar ook over poetsproducten en dergelijke. Er is zoveel waarop men moet letten tijdens het boodschappen doen, dat het stresserend is in plaats van ontspannend om het winkelkarretje gevuld te krijgen.

10.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): We hebben een interessante bespreking gehad, ook in de vorige commissie, met een van uw medewerkers erbij. We zullen daar heel binnenkort wel verder inhoudelijk en in de diepte op doorgaan.

Ik noteer en vind het heel belangrijk dat u gezegd hebt dat een Europese harmonisering inderdaad ideaal zou zijn. We leven echter niet in een ideale wereld. U zegt ook dat het zeer ingewikkeld is voor de consument. Daarom dring ik er ook uitdrukkelijk op aan dat deze commissie extra initiatieven neemt. Afgaande op uw antwoord, deelt u die mening.

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

11 **Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hoge raad voor apothekers" (nr. 9713)**

11 **Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le conseil supérieur des pharmaciens" (n° 9713)**

11.01 **Jan Vercammen** (N-VA): Mevrouw de minister, in uw beleidsnota sprak u over een hoge raad van apothekers. De beleidsnota stelt: "Een adviesorgaan bestaande uit professionals van op het terrein is een noodzakelijk instrument voor elk beleid. De apothekers zijn momenteel de enige gezondheidswerkers die niet over een dergelijk orgaan beschikken." Ik citeer verder: "Er zal tevens een orgaan worden gecreëerd dat bevoegd zal zijn voor de erkenning van de stagediensten in een ziekenhuisapotheek evenals een gemengde

technische commissie, bestaande uit apothekers en geneesheren-specialisten in de klinische biologie."

Belofte maakt schuld, zegt een oud Vlaams spreekwoord. Hoever staat het met de oprichting van de beloofde adviesorganen? Wat zijn de toekomstperspectieven ter zake?

Ik dank u bij voorbaat voor uw antwoorden.

11.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer Vercammen, ik dank u voor uw vraag.

Het is, zoals ik tijdens de bespreking van mijn beleidsnota heb aangehaald, inderdaad de bedoeling om hier tijdens de huidige zittingsperiode een herziening en modernisering van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen te bereiken, in het bijzonder een modernere en meer geïntegreerde werking voor elk gezondheidsberoep.

Daarom zijn wij gestart met een gedachtewisseling met de apothekers via vergaderingen om een nieuwe rol voor de apothekers in de toekomst uit te stippelen.

De herziening van de structuur van de raden biedt ook de kans een adviserende raad voor apothekers te creëren.

Het ontwerp van herziening van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wordt dan ook momenteel ontwikkeld.

Er wordt natuurlijk met de betrokken sectoren overlegd, wat vrij complex is, aangezien gesprekken moeten worden gevoerd met de verenigingen van apotheken en apothekers, maar ook met de vertegenwoordigers van de academische faculteiten die het onderwijs in de artseneerbereidkunde verzekeren.

Ik hoop dan ook met een geglobaliseerd wetsontwerp naar buiten te kunnen komen, dat begin 2017 hier op de banken van het Parlement zou moeten kunnen belanden.

Wij hebben ook nog – om het helemaal simpel te maken – de apothekers-klinische biologen. In dat verband wil ik meegeven dat wij nog dit jaar binnen de contouren van de bestaande wetgeving op de gezondheidszorgberoepen nuttige initiatieven zullen nemen om de voorwaarden voor erkenning op dat vlak juridisch te regelen conform de recente staatshervorming.

Op dat vlak kunnen wij sneller gaan, omdat wij binnen de bestaande wetgeving blijven. Voor de andere kwestie zullen wij natuurlijk meer wijzigingen moeten onderhandelen. De vergaderingen verlopen constructief.

Het beroep van apotheker moet meegaan met de tijd, omdat er ook maatschappelijke uitdagingen zijn, zoals de vergrijzing van de bevolking, waardoor de huidige rol toch wel moeilijk begint te worden. De apothekers zelf zijn trouwens vragende partij. Tegelijk willen wij ook een aantal problemen die zij hebben, oplossen.

11.03 **Jan Vercammen** (N-VA): Mevrouw de minister, ik bedank u voor de inlichtingen. Natuurlijk respecteer ik het overleg ter zake en volg ik het dossier met veel plezier van nabij op. We spreken mekaar opnieuw over het onderwerp begin 2017.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 **Question de Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dossiers en attente concernant les maisons médicales" (n° 9747)**

12 **Vraag van mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hangende dossiers met betrekking tot medische huizen" (nr. 9747)**

12.01 **Caroline Cassart-Mailleux** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le budget 2016 de la Santé a annoncé le gel des subsides pour l'ouverture des postes de garde. Normalement, il était prévu que les projets de postes de garde rentrés avant la fin 2016 reçoivent les financements pour permettre d'avoir des locaux, d'embaucher une personne chargée de la coordination, une personne chargée du secrétariat et le matériel médical nécessaire.

Madame la ministre, vous avez annoncé plancher sur de nouveaux critères concernant les postes de garde, mais je souhaite aujourd'hui revenir sur les dossiers en attente déposés avant 2016.

Pouvez-vous me dire si les dossiers rentrés avant 2016 seront également soumis aux nouveaux critères? Si oui, allez-vous prendre contact avec les prestataires dont les dossiers sont en attente afin que ceux-ci puissent s'adapter aux critères? Sinon, quelles démarches doivent-ils accomplir pour se renseigner?

12.02 Maggie De Block, ministre: Madame Cassart, en premier lieu, je dois faire référence au point 4.1.4.4. de l'accord national médico-mutualiste du 22 décembre 2015 dans lequel il est stipulé ce qui suit en ce qui concerne les nouveaux projets: "Ces nouveaux projets ne pourront cependant être approuvés que pour autant qu'ils remplissent au moins les quatre critères suivants.

1. Un plan d'accords entre les postes de garde de médecine générale, les services de garde et les services d'urgence est soumis concernant l'organisation des soins, le renvoi, la communication et les prestations de services. Les conditions de ce plan d'accords seront fixées au plus tard le 31 mars 2016 par la *task force* susmentionnée, en tenant compte des différences dans le contexte géographique. Pour le 31 décembre 2017, tous les postes de garde de médecine générale répondront à cette condition.

2. Heures d'ouverture: en principe au moins 61 heures (week-end complet du vendredi soir au lundi matin).

3. Une couverture territoriale et démographique suffisante (seuil minimum).

4. Coûts en conformité avec les nouvelles règles en matière de standardisation qui seront approuvées pour le 31 mars 2016.

Une *task force* sous la direction de ma cellule politique prépare actuellement les modifications à apporter dans le système de financement des postes de garde de médecine générale. Hormis le dernier point dans l'accord médico-mutualiste, pour lequel il a été décidé de procéder à un audit externe avant d'adapter la standardisation, des critères de l'accord médico-mutualiste peuvent être appliquées dans les dossiers introduits.

Au sein de la *task force* il a été convenu que trois types de dossiers pouvaient avancer: celui des postes de garde sur le campus d'un hôpital, celui des postes de garde hors campus qui respectent les critères de l'accord médico-mutualiste, et des dossiers qui rendent les postes de garde existants plus efficaces.

Les services de l'INAMI continuent à analyser les demandes de financement qu'ils reçoivent et les préparent pour les différentes phases du processus décisionnel. En effet, il y a à nouveau des demandes, soit pour élargir le territoire des postes de garde existants, soit pour de nouveaux postes de garde selon les critères. De cette manière nous avancerons vers la standardisation. Nous avons vu de grosses différences entre les divers postes de garde. C'est normal, parce qu'au début il s'agissait de projets pilotes. Ils se sont développés en l'absence de critères et de standardisation. Nous avons constaté que cela pouvait poser des problèmes pour la continuité des soins et pour le financement.

12.03 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la ministre, je comprends bien qu'il faille une standardisation; je comprends aussi qu'il y avait des projets pilotes au début et que l'objectif soit cette continuité et cette pérennité. Je n'ai pas de souci avec le fond.

Je vais prendre connaissance de manière plus approfondie de votre réponse. Je souhaite juste attirer votre attention sur un élément un peu méconnu sur le terrain: il s'agit de ces critères de population. J'habite une zone très rurale. Ma commune compte moins de 3 000 habitants. Lorsque nous devrons organiser ces postes médicaux de garde, nous aurons peut-être des difficultés avec ces critères de population. Je vais analyser les chiffres. Si des problèmes spécifiques se posent, je reviendrai vers vous avec des questions pour que l'on trouve des solutions pour les critères de population en zone rurale. Il faut tenir compte des kilomètres de voirie; les postes doivent rester accessibles pour la population.

La **présidente**: Je pense que vous aviez donné l'échéance de fin avril pour le travail de la *task force*. On pourrait donc prévoir un échange sur ces conclusions au mois de mai afin d'éviter le dépôt de nouvelles questions à ce sujet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé

publique sur "un cadre formel pour la délivrance des moyens contraceptifs ou abortifs par les centres de planning familial" (n° 9750)

13 Vraag van mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een formeel kader voor het verstrekken van anticonceptiva en abortusmiddelen door centra voor gezinsplanning" (nr. 9750)

13.01 **Caroline Cassart-Mailleux** (MR): Dans la déclaration de politique générale de votre collègue Maxime Prévot, ministre wallon en charge notamment de la Santé, il est indiqué que les centres de plannings familiaux sont un des acteurs clés de la politique de prévention et de promotion de la santé. À cet égard, et toujours selon la déclaration de politique générale de M. Prévot, l'année 2016 sera mise à profit pour réfléchir avec le fédéral sur l'absence de cadre formel pour la délivrance des moyens contraceptifs ou abortifs.

Madame la ministre, pourriez-vous me faire part de votre position par rapport à ce dossier? Quel est l'état d'avancement de la collaboration avec les Régions? Des rencontres ont-elles déjà eu lieu? Un cadre formel pour la délivrance des moyens contraceptifs est-il envisagé? Si oui, pour quand pouvons-nous l'espérer?

13.02 **Maggie De Block**, ministre: Il va sans dire que les moyens contraceptifs et les pilules du lendemain disponibles doivent être des plus accessibles pour les femmes. Cette accessibilité ne peut pas mettre en péril la qualité de soin et par conséquent la santé des jeunes filles et jeunes femmes. Ainsi, les moyens contraceptifs et les pilules du lendemain ne peuvent être distribués que par des prestataires de soins ayant suivi une formation pharmacologique adéquate.

En outre, il est toujours indiqué de délivrer les contraceptifs sur prescription uniquement. Nous sommes en train d'étudier le rôle de la sage-femme en la matière. Nous avons demandé différents avis. Le Conseil fédéral des sages-femmes, mais aussi les académies royales de Belgique, ont formulé un avis à ce sujet. L'avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes est attendu dans les prochaines semaines. Nous restons toutefois à disposition pour toute concertation mais n'avons jusqu'à présent pas reçu d'invitation allant dans ce sens. Aucune concertation n'a donc eu lieu à ce jour dans le cadre de cette problématique.

En réponse à votre dernière question, je souhaite vous renvoyer à la proposition de loi relative au 'Pass contraception' introduite par Mme Gerkens et Mme Dedry. Je vous rappelle également que la prévention et la promotion relèvent de la compétence des Communautés et Régions. Je m'entends bien avec M. Prévot et dans une prochaine réunion, je lui demanderai ce qu'il désire en la matière. Car pour le moment, son souhait n'est pas concret. Il serait intéressant d'observer le rôle de la sage-femme dans cette problématique.

Les sages-femmes sont en effet bien au courant, non seulement des accouchements, mais aussi de la manière de les éviter.

13.03 **Caroline Cassart-Mailleux** (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour le caractère tout à fait complet de votre réponse. L'accessibilité aux soins et la qualité des soins sont évidemment des objectifs que nous partageons.

Étudier le rôle de la sage-femme est une très bonne idée. Lorsque nous aurons plus d'éléments par rapport à cela, nous pourrons revenir sur le sujet.

Ayant été parlementaire plus de dix ans à la Région, je sais très bien que les compétences sont celles que vous venez de dire en matière de prévention. Si, à un moment donné, le ministre soumet cela par le biais de sa note de politique générale, il faudrait que les actes suivent et qu'il puisse vous concerter. S'il ne l'a pas encore fait, je compte sur vous, lors d'une réunion avec les Régions ou la Communauté française, pour regarder cela et avoir une collaboration. La prévention dans ce domaine est évidemment super importante. Personne ne le niera.

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

14 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "jodium in brood" (nr. 9882)

14 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur

"l'incorporation d'iode dans le pain" (n° 9882)

14.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ook deze vraag dateert van een tijd geleden. Midden februari was er in de pers onenigheid tussen een aantal voedingsgoeroes over het wel of niet toevoegen van jodium aan brood. Los van het feit dat wij zulke disputen vaker meemaken, klopt het dat heel wat mensen een tekort aan jodium hebben. Op dit moment bedraagt de gemiddelde jodiumopname van een volwassene nauwelijks de helft van wat wordt aanbevolen. Zeker voor zwangere vrouwen en baby's kan dit tot problemen leiden.

Er wordt aanbevolen veel meer vis te eten, maar de haalbaarheid daarvan is zeker voor kwetsbare kansarme gezinnen beperkt, daar vis behoort tot de duurdere producten in het etenspatroon.

In 2009 heeft de overheid een akkoord gesloten met de bakkerijsector over de toevoeging van jodium aan brood. In 2012 toonde een Belgische studie echter aan dat ondanks deze maatregel het probleem nog niet van de baan was.

Ik kom tot mijn vragen, mevrouw de minister.

Is er volgens u nog steeds een jodiumtekort? Zo ja, hoe groot is dat tekort? Is het op dit moment groter dan in 2012? Zijn daar gegevens over?

Werd het akkoord met de bakkerijsector sinds 2009 vernieuwd? Of loopt het nog steeds? Welke impact heeft dit akkoord sinds 2012 gehad op de gezondheid van de mensen? Is er een verschil waar te nemen?

14.02 Minister Maggie De Block: Laten wij het gekibbel in de pers negeren. Belangrijker is dat de Hoge Gezondheidsraad in juni 2014 een publicatie heeft uitgebracht waarin de strategieën om de jodiuminname in België te verhogen beoordeeld worden. Ook werden daarin enkele aanbevelingen gedaan.

De Hoge Gezondheidsraad stelt vast dat de jodiumstatus van de Belgische bevolking verbeterd is, in het bijzonder die van kinderen en schoolgaande jongeren. De Hoge Gezondheidsraad baseert zich daarvoor op een studie bij schoolgaande kinderen tussen 8 en 12 jaar. De biologische indicatoren werden voor deze bevolkingsgroep voldoende beschouwd. De Hoge Gezondheidsraad wijst voor deze verbetering dan ook expliciet op initiatieven als het akkoord met de bakkerijsector.

Echter, bij zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven, is de inname van jodium nog suboptimaal. Dit blijkt uit een studie over de jodiumstatus van zwangere vrouwen in ons land, die in 2013 verscheen in het *British Journal of Nutrition*. De auteurs besluiten dat het nodig is meer systematisch gebruik te maken van voedingssupplementen die zorgen voor een bijzondere inname van 150 microgram jodium.

De sensibilisering van het brede publiek en de gezondheidsprofessionals rond evenwichtige voeding en het eventueel gebruik van voedingssupplementen behoort echter tot de bevoegdheid van de deelstaten.

Het akkoord met de industriële en ambachtelijke bakkerijsector van 2009 is vandaag nog steeds geldig en heeft mooie resultaten opgeleverd. Het is een vrijwillig akkoord. In het eerste deel van zijn meest recente *Voedingsaanbevelingen*, dat eind vorig jaar verscheen, geeft de Hoge Gezondheidsraad aan dat het nog te vroeg is om dit convenant al te wijzigen.

Een meer regelmatige monitoring van de resultaten is wel wenselijk. Het is dan ook de bedoeling om met mijn collega's van de deelstaatregeringen te bekijken hoe wij dat zouden kunnen organiseren.

Ten slotte doen mijn diensten verdere inspanningen om de ambachtelijke bakkerijen te sensibiliseren, zodat het percentage bakkers dat gejodeerd zout gebruikt nog toeneemt.

Vis eten is natuurlijk ook een manier om veel jodium binnen te krijgen, maar wij weten dat niet iedereen de mogelijkheid heeft om twee tot drie keer per week vis op tafel te zetten. Brood is en blijft een bijzonder belangrijke bron van jodium, maar ik denk inderdaad dat wij daar meer metingen moeten doen en dat wij in overleg moeten treden met de deelstaten.

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

Zoals ik zelf heb gezegd, is het niet normaal dat in onze maatschappij heel veel mensen niet de mogelijkheid hebben om voldoende vis te eten, dus daar is misschien nog werk aan de winkel.

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

15 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rampzalig noodplan bij kernrampen" (nr. 9890)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het noodplan in geval van kernramp" (nr. 9914)

15 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan d'urgence calamiteux en cas d'accident nucléaire" (n° 9890)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan d'urgence en cas d'accident nucléaire" (n° 9914)

15.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, op 1 maart presenteerde de Hoge Gezondheidsraad een studie waaruit moet blijken dat ons land helemaal niet is voorbereid op een kernramp, genre Fukushima. In geval van een kernramp in Doel zouden meer dan 1 miljoen mensen worden getroffen.

Ook de impact op de volksgezondheid zou vernietigend zijn. Naast de directe impact, met vele doden en gewonden, zijn ook de gevolgen op korte en middellange termijn niet te overzien. Honderdduizenden mensen zullen worden blootgesteld aan de kankerverwekkende stralingen, en anderen zullen te kampen krijgen met stress, depressies en zelfmoorden.

Met het openhouden van de stokoude kernreactoren van Doel 1 en Doel 2 is het dan ook essentieel en hoogdringend dat de nucleaire rampenplannen worden aangepast. Na het FANC een paar weken geleden heeft nu ook de Hoge Gezondheidsraad in een rapport een reeks aanbevelingen geformuleerd. De raad pleit onder meer voor een uitbreiding van de evacuatiezones tot 20 km rond een kerncentrale. Voor de distributie van jodiumtabletten beveelt de Hoge Gezondheidsraad, net als eerder het FANC, een zone van 100 km rond de kerncentrales aan. Dit heeft uiteraard financiële gevolgen. Wij menen dat Electrabel deze extra kosten moet dragen.

Mijn vragen zijn de volgende. Hebt u hierover reeds overleg gehad met uw collega, minister Jambon? Zo ja, wat zijn de resultaten van dit overleg? Zult u ingaan op het advies van de Hoge Gezondheidsraad om ruimer te verspreiden? Zo ja, op welke manier ziet u dit?

15.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij mijn collega Jiroflée met bijna identieke vragen. Ik moet dus niet alles herhalen.

Er kwamen inderdaad waarschuwingen van de Hoge Gezondheidsraad dat wij absoluut niet voorbereid zouden zijn op een kernramp. Ook het FANC uitte reeds soortgelijke waarschuwingen. Dit is een belangrijk gegeven.

Collega Jiroflée had het reeds over de evacuatieplannen, de evacuatiezones en de jodiumpillen. Ik sla dit deel van mijn vragen dan ook over.

Ik kom tot de volgende vragen. De Hoge Gezondheidsraad raadt een aantal concrete maatregelen aan. Hebt u reeds overleg gepleegd met uw collega, minister Jambon? Zo ja, wanneer zullen deze maatregelen worden getroffen? Wanneer zal de regering in actie schieten om dit probleem op te lossen?

15.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, mevrouw Dedry, om de adviezen van de verschillende raden verder uit te werken besliste men bij de kabinetten Veiligheid en Binnenlandse Zaken in gemeenschappelijk overleg met mijn kabinet om een interdepartementale werkgroep Binnenlandse Zaken/Volksgezondheid op te richten. Er was vooraf ook een bilateraal overleg met minister Jambon, bevoegd voor Veiligheid en Binnenlandse Zaken.

In het kader van de actualisatie van het nucleair noodplan is het bepalen van de toekomstige strategie inzake de predistributie maar ook de reactieve distributie in het geval van een incident van

kaliumjodidetabletten inderdaad een van de aandachtspunten. Conform het advies van de Hoge Gezondheidsraad zal men ook de predistributie tot 100 km uitbreiden, in casu het hele land. Als wij in het middelpunt van elke kerncentrale in ons land of in de buurlanden een cirkel van 100 km trekken, dan is er geen enkele vierkante centimeter op ons grondgebied die niet wordt bestreken. Het maakt het nog gemakkelijk dat het over het hele land gaat.

De prioriteit moet ook bij de meest kwetsbare doelgroepen worden gelegd, namelijk kinderen, adolescenten, zwangere vrouwen en borstvoedinggevende vrouwen.

Ondertussen wordt met de experts overlegd over dit model voor de reactieve distributie in de acute fase van een ramp, want u weet dat men weinig tijd heeft tussen het vaststellen van een ramp en het moment waarop de jodiumtabletten moeten worden ingenomen. Daarvoor zal een studie worden opgestart. Er zal ook een implementatieoefening gebeuren om proactief een aantal knelpunten te detecteren en te remediëren. Dat gaat over de beschikbaarheid, de kanalen van distributie, de opslagplaatsen — momenteel de legerkazernes.

Het doel is deze geactualiseerde strategie inzake predistributie en reactieve distributie tegen ten laatste 2017 volledig op punt te kunnen zetten en daaraan ook een nieuwe voorlichtingscampagne te verbinden.

Daarnaast buigen verschillende werkgroepen zich over de manier van opvang en het ontsmetten van de bevolking bij een eventueel nucleair incident.

Er wordt ook aandacht geschonken aan de mobiliteitsproblemen die zouden kunnen optreden bij de evacuatie van een deel van ons grondgebied. Dat is natuurlijk nog een andere problematiek, zeker als het gaat over de evacuatie van een dichtbevolkt gebied.

Een dergelijke maatregel is heel complex en veronderstelt, naast de aanwezigheid van ingeoevende plannen op het niveau van elke inrichting, ook een algemene coördinatie en de afweging van de eventuele gevolgen van zulke initiatieven. Het is dus echt een heel grote taak voor deze regering.

U weet dat de criteria gebaseerd zijn op de gevolgen van de aardbeving in Fukushima, wel wetende dat wij niet op een plateau liggen waar zulke grote aardbevingen zullen gebeuren. Alleen al de uitbreiding van 10 naar 100 km heeft belangrijke consequenties.

15.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik ben bijzonder blij te horen dat men daarmee volop bezig is. Ik onthoud dat het hele plan tegen eind 2017 op punt zal zijn.

15.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb nog een vraag over een detail. U zegt dat er een grote studie wordt opgestart. Gebeurt dat dan binnen uw diensten?

15.06 Minister Maggie De Block: Dat gebeurt samen met mijn collega. Wij zijn beiden bevoegd en daarom werd een gezamenlijke werkgroep opgericht. Het heeft geen zin om twee studies naast elkaar uit te voeren. Wij werken nauw samen over deze aangelegenheid.

La **présidente:** Le ministre Jambon avait annoncé, en commission de l'Intérieur, que pour juin 2016, il y aurait un nouveau plan. Ce nouveau plan sera donc présenté fin 2017 et non en juin 2016?

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

Het plan is één zaak, maar men moet ook de implementatie ervan bekijken; dat gaat ook over mobiliteit en andere zaken. Wij werken er echt aan verder, maar er komt ongelooflijk veel bij kijken. Het plan is één zaak, maar aan de implementatie ervan, aan het overleg over rampenplannen met de diverse entiteiten en aan de mobiliteitsproblemen moet nog verder gewerkt worden.

La **présidente:** Ce sera donc davantage l'implémentation ou les exercices qui seront faits en 2017.

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

16 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les

implications du CETA sur la politique de santé" (n° 9895)

16 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van CETA voor het gezondheidsbeleid" (nr. 9895)

16.01 **Daniel Senesael** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le 29 février dernier, la Commission européenne a publié le texte présenté comme la version finale du CETA, l'accord économique et commercial entre le Canada et l'Union européenne.

Si l'accord est moins connu que celui du TTIP, il apparaît qu'il n'en est pas moins dangereux. Selon le professeur Ferdi De Ville, je le cite, "vu que le CETA représente à la fois une petite porte d'entrée et un précédent pour les négociations du TTIP, le Parlement européen risque de perdre en crédibilité lorsqu'il voudra imposer ses lignes rouges dans le prochain accord. Cela affaiblira la position des négociateurs européens pour le TTIP."

Certains estiment en effet que ce traité provoque une "marchandisation" des soins de santé dans la mesure où les principes du libre marché leur sont appliqués dans une logique néolibérale qui vise à une maximisation des profits. La crainte que la porte du "service d'intérêt général" qui, en Belgique, est notamment assuré par des associations sans but lucratif, dont les mutualités et le non-marchand, puisse être ouverte aux entreprises commerciales est ainsi toujours présente. Cela pose évidemment question car la santé n'est ni un produit ni une marchandise mais bien un droit auquel chaque citoyen doit pouvoir avoir accès. Par ailleurs, les exemples montrent et démontrent qu'une telle libéralisation dans le secteur de la Santé provoque une augmentation des coûts ainsi qu'une diminution de son efficacité.

Madame la ministre, je ne doute pas que vous avez pu prendre connaissance des 1 634 pages de l'accord CETA et plus singulièrement des volets qui touchent au secteur de la santé. Quelle analyse en tirez-vous? Celui-ci risque-t-il de porter atteinte à notre modèle social et mutualiste? Partagez-vous les inquiétudes des associations, notamment quand elles affirment que ce traité, je cite, "risque de paralyser la démocratie en bloquant des progrès nécessaires en matière de protection de la santé"? Dans le cas contraire, que pouvez-vous leur répondre afin de les rassurer?

Enfin, madame la ministre, une étude sur l'impact de ce traité sur notre système de soins de santé a-t-elle été réalisée? Dans l'affirmative, pouvez-vous nous en communiquer les résultats? Dans le cas contraire, une telle étude est-elle envisagée? D'avance, je vous remercie pour vos réponses.

16.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, cher collègue, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a suivi de près les négociations sur l'accord Comprehensive Economic and Trade Agreement (CETA) entre l'Union européenne et le Canada et, plus spécifiquement, la manière dont celui-ci pourrait avoir un impact sur la santé publique ou sur les soins de santé.

Les garanties pour les services publics tels que les services de santé qui insèrent dans leurs traités commerciaux la norme de l'Union européenne offrent une protection adéquate garantissant le niveau élevé de protection de notre modèle de santé.

Dans cette optique, l'accord CETA ne va pas plus loin que les engagements pris par l'Union européenne dans le cadre du General Agreement on Trade in Services. L'accord CETA ne contraindra pas les États membres de l'Union européenne à dérégler ou à privatiser leurs services de santé. L'accord reconnaît explicitement les compétences des États membres de l'Union européenne pour maintenir des mesures au niveau de la santé publique et pour adopter une nouvelle législation future.

En premier lieu, comme dans le General Agreement on Trade in Services, les services fournis dans l'exercice de l'autorité gouvernementale sont exclus du champ d'application de l'accord CETA.

Par ailleurs, l'Union européenne souligne, tout comme dans les précédents traités commerciaux, son engagement pour la protection des services publics à tous les niveaux de pouvoir, en ce compris le niveau local en prévoyant une loge, exception horizontale.

Les autorités déterminent elles-mêmes quelles activités relèvent pour elles du dénominateur "services publics". Après la conclusion d'un accord commercial, les autorités locales, régionales et nationales peuvent continuer à gérer les services de la manière qu'elles le veulent et qu'elles le voudront dans le futur.

Par ailleurs, l'Union européenne exclut de ses engagements tous les services de santé qui perçoivent un financement public ou toute forme de soutien de l'État par l'adoption d'une exception supplémentaire. Concrètement, cela signifie que le CETA ne pourrait pas obliger les États membres à ouvrir leur marché de services de soins de santé à des prestataires de services étrangers, y compris à l'avenir.

Sur la base de cette analyse, on peut conclure que l'accord CETA ne va pas mettre en danger le système de santé ni le modèle social belge et européen. Vous constaterez que l'accord CETA est le premier accord commercial qui tant dans son préambule que dans le corpus de son texte, reconnaît le droit des États à poursuivre des objectifs politiques comme au niveau de la santé publique. Le Canada ne peut pas, par exemple, exporter des produits vers l'Union européenne qui seraient non conformes aux normes européennes.

Le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement a suivi de près les négociations relatives à l'accord CETA et intervient également lorsqu'il redoute que la santé publique ou les soins de santé courent un risque. Il n'est toutefois pas envisagé de réaliser une étude d'impact. À la lumière de ce qui précède, cela ne semble pas prioritaire.

Je vous rapporte ce qui m'a été dit. Je n'ai pas moi-même lu les 1 600 pages de l'accord CETA. Je ne pense pas que vous l'ayez lu non plus. J'ai demandé l'avis du SPF Santé publique qui évidemment a suivi cet accord de très près.

16.03 Daniel Senesael (PS): Je prends acte de la réponse de Mme la ministre. C'est presque une déclaration puisqu'elle met en exergue cet accord CETA. Elle nous rassure en nous disant qu'il n'y aura pas d'influence ni de privatisation des soins de santé, que la protection adéquate de notre modèle de santé sera respectée. Permettez-moi d'analyser cette réponse et de la comparer aux chapitres ou aux paragraphes du CETA qui concernent les soins de santé et au besoin, je reviendrai vers vous. Je vous remercie en tout cas pour vos éléments de réponse.

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

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de demedicalisering van zwangerschapsbegeleiding" (nr. 9916)

- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal medische onderzoeken tijdens de zwangerschap" (nr. 9918)

17 Questions jointes de

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la démedicalisation de la grossesse" (n° 9916)

- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre d'examens médicaux réalisés durant la grossesse" (n° 9918)

17.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, het zal u niet verbazen dat dit een kolfje naar mijn hand is en dat ik hier vragen over stel. Ik schreeuw al zolang uit dat zwangerschap geen ziekte is. Heel veel studies tonen aan dat we onze zwangerschapsbegeleiding moeten demedicaliseren, niet alleen van de Wereldgezondheidsorganisatie, maar ook van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, die onlangs de vinger nog eens op de wonde hebben gelegd. Er worden veel te veel onderzoeken gedaan bij zwangere vrouwen, maar of dat een gewoonte is, zoals een persbericht suggereert, wil ik wel betwijfelen.

Er worden veel te veel echografieën genomen: liefst één op twee vrouwen krijgt vijf echografieën, terwijl het KCE er slechts twee als werkelijk noodzakelijk aanziet. Ook het InterMutualistisch Agentschap heeft hier zijn twijfels bij en stelt dat het niet beschikt over voldoende bewijs om een routine-echografie op 24 weken, de derde dus, daar nog eens tussen te schuiven. Verder gebeuren er veel te veel gewone bevallingen in universitaire ziekenhuizen, met daardoor een gepeperde rekening voor onze ziekteverzekering tot gevolg. Zij kosten 20 % meer. Er zijn ook veel te veel keizersneden en dat aantal blijft maar stijgen. Ondertussen zijn dat al 22 % van de bevallingen en bij vijfendertigjarigen of ouder ligt dat nog hoger. Dat is dus drie keer te veel.

Ik heb de volgende vragen.

Deelt u mijn analyse en vindt u ook dat voor zwangerschappen met een laag risico veel verstandiger moet worden omgesprongen met het aantal raadplegingen en onderzoeken, niet alleen om die overmedicalisering als nefast fenomeen terug te dringen, maar ook om het budget onder controle te houden? Zo ja, welke maatregelen zult u concreet nemen?

Kunnen de pilootprojecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” een hefboom zijn om ook dit aan te pakken door onder meer de prenatale zorgpaden mee onder de loep te nemen?

Hebt u een oplossing voor de oneigenlijke keizersneden? Hoe wilt u die aanpakken?

Ten slotte, welke mogelijkheden zijn er volgens u om niet-risicovolle bevallingen te verschuiven naar niet-universitaire ziekenhuizen?

17.02 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'aimerais aussi partager certains constats avec vous concernant le nombre d'examens médicaux réalisés durant la grossesse.

Les mutualités libres ont estimé le coût moyen d'une grossesse à environ 5 000 euros pour l'INAMI. Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), trop d'examens inutiles seraient réalisés durant la grossesse. Par exemple, comme le disait Mme Dedry, pour le KCE, seules deux échographies seraient vraiment nécessaires. Or il s'avère qu'en moyenne, selon le KCE, une femme enceinte sur deux passe jusqu'à cinq échographies. Autre exemple frappant: pour les grossesses à faible risque, le KCE recommande 10 visites prénatales pour les femmes enceintes du premier enfant et 7 pour les suivants. Or, la moyenne est de 10,8 consultations gynécologiques.

Madame la ministre, avez-vous eu connaissance de ces chiffres, de ces études? À quelles conclusions vous amènent-ils? Cela donnera-t-il lieu à des mesures prises en conséquence?

17.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, mij is altijd geleerd dat een zwangerschap geen teken van ziekte is, maar eerder van een goede gezondheid. Desalniettemin moeten wij de ongeboren baby en de moeder toch verzorgen op een gepaste manier, maar wij moeten daarin ook niet overdrijven, want de slinger is mogelijk veel te ver doorgeslagen.

À la suite de l'étude du KCE, une proposition de révision de la nomenclature relative à l'échographie dans le cadre d'une grossesse est en cours d'examen. Les gynécologues estiment aussi que, pour un bon suivi de la grossesse, elle n'est plus adaptée aux besoins.

Une des exigences imposées au projet pilote vise les accouchements avec séjour hospitalier écourté et essaie de couvrir une période de soins démarrant au cours de la période prénatale.

Les sept projets retenus ont, pour la plupart, prévu de couvrir une prise en charge qui débute dans la vingt-huitième semaine de grossesse, voire plus tôt selon d'autres projets.

Les données d'activité et financières qui ressortiront de l'évaluation des projets devraient donc donner une idée précise des soins dispensés au cours de la phase prénatale. Ces projets couvrent environ quinze mille accouchements par an. C'est quand même significatif.

Er is inderdaad ook sprake van een gestage groei van het aantal keizersneden in België, momenteel bijna 20 %, terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie tot voor kort aanraadde om 15 % niet te overschrijden. Dat percentage ligt echter onder de aantallen die in andere landen werden vastgesteld, zoals ook uit het recentste performantierapport van het KCE in 2015 is gebleken.

Een van de aanbevelingen in dat rapport is om aandacht te schenken aan de evolutie van het percentage, vooral omdat tussen verschillende ziekenhuizen een onverklaarbare variabiliteit werd aangetoond.

De bedoeling van een keizersnede is om het leven van de moeder en de pasgeborene te redden. Er moet echter natuurlijk een medische indicatie zijn voor die techniek, anders moet men voor een natuurlijke bevalling kiezen. De WGO heeft de doelstelling van 15 % keizersneden in april 2015 in vraag gesteld, aangezien hiermee geen beter inzicht in de keizersneden om gegronde redenen kon worden verkregen. Zij adviseerde dus om het percentage keizersneden in de toekomst op basis van de risico's te evalueren,

volgens de Robsonclassificatie. Dat is momenteel onmogelijk onder het huidige registratiesysteem, ongeacht of de RIZIV-nomenclatuur of de minimale klinische gegevens, ICD-9 of ICD-10, worden gebruikt. De registratie zal dus anders moeten gebeuren.

Om de keizersneden op basis van het risico van zo nabij mogelijk te monitoren, heb ik dan ook aan mijn diensten gevraagd om de mogelijke oplossingen te onderzoeken.

De plus, l'accord national médico-mutualiste de 2016-2017 prévoit, dans le cadre des soins efficaces, certaines mesures en vue d'atteindre des objectifs de santé concrets, notamment la réduction du nombre de césariennes. À cet effet, le point 4.2.4 dudit accord prévoit deux mesures. *(Le téléphone de la ministre sonne)*

D'une part, il prévoit l'instauration d'un supplément d'urgence aux honoraires pour les accouchements naturels et, d'autre part, il prévoit une collaboration avec le groupe professionnel concerné en vue d'étudier comment les variations de pratique, en matière de nombre de césariennes sur la totalité des accouchements et calculé par hôpital, peuvent être mises en conformité avec les recommandations scientifiques existantes.

Mevrouw Dedry, u zegt dat nog te veel normale bevallingen in universitaire ziekenhuizen plaatsvinden, wat meer kost aan het RIZIV. Daarop kan ik antwoorden dat het niet klopt dat de normale bevallingen in universitaire ziekenhuizen een hogere vergoeding zouden krijgen via het Budget van Financiële Middelen (BFM) dan de algemene ziekenhuizen. Voor alle bevallingen, zowel vaginale bevallingen als bevallingen onder keizersnede, wordt een nationale gemiddelde verblijfsduur berekend per ernstgraad van de patiënt. Via het BFM krijgen alle ziekenhuizen zonder onderscheid, ongeacht of het een universitair dan wel algemeen ziekenhuis betreft, daarvoor dezelfde verblijfsduur gefinancierd, louter afhankelijk van de pathologie en de ernstgraad. De ziekenhuizen die meer gecompliceerde bevallingen behandelen, bijvoorbeeld patiënten met een ernstgraad 3 of 4, krijgen bijgevolg meer budget, maar dat is ongeacht het algemeen of universitair karakter.

Het gemiddeld uitbetaald bedrag per verpleegdag – dat bedrag is trouwens identiek voor alle patiënten – ligt uiteraard hoger in een universitair ziekenhuis dan in een algemeen ziekenhuis, niet omdat een bevalling als dusdanig beter wordt betaald in een universitair ziekenhuis, maar omdat er daar meer patiënten met een hogere ernstgraad worden behandeld. In een universitair ziekenhuis zijn er relatief gezien meer intensieve hospitalisaties en aandoeningen, waardoor de gemiddelde verblijfsduur er langer is. Een universitair ziekenhuis biedt ook relatief meer zwaar gespecialiseerde zorgprogramma's en diensten, bijvoorbeeld meer PET-scans en meer radiotherapie. Het heeft ook te maken met de aanwezigheid van fertiliteitscentra en -behandelingen. Op sommige diensten, niet op de materniteit, moet een universitair ziekenhuis ook aan een hogere bestaafingsnorm voldoen dan de algemene ziekenhuizen. Ook vernoem ik de premature afdelingen. Wij trachten om vrouwen die zeer prematuur dreigen te bevallen nog te transporteren naar een ziekenhuis dat daarin gespecialiseerd is.

De financiering via het BFM biedt dus geen gegronde reden om bevallingen te verschuiven van universitaire naar algemene ziekenhuizen.

Ook wil ik er nog op wijzen dat wij er toch voor opteren om aan elke vrouw de vrijheid te gunnen om het ziekenhuis te kiezen waarin zij wilt bevallen. Het is immers ook een kwestie van vertrouwen, het heeft te maken met zich goed voelen enzovoort. De vrije keuze van zorgverleners is dus primordiaal. Op dat vlak is er geen probleem.

Wel doen er zich problemen voor inzake het aantal consultaties, het aantal echo's, de pretecho's en ook de keizersnede.

17.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, misschien heb ik het onzorgvuldig geformuleerd. Ik bedoel inderdaad, zoals u ook zegt, de meerkosten ingevolge een infrastructuur die een hogere verpleegdagprijs heeft enzovoort.

17.05 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, j'ai reçu plus de réponses que ce que je n'avais de questions. Je les relirai avec beaucoup d'attention.

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

La **présidente**: Avez-vous néanmoins encore des questions relatives à la réduction de la durée du séjour de maternité après l'accouchement?

17.06 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, ma prochaine question aurait effectivement pu être jointe. Si vous le permettez, je vais la poser.

La **présidente**: Malheureusement, ce n'est pas nous qui décidons de joindre ou non les questions.

18 Question de Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction de la durée du séjour en maternité après l'accouchement" (n° 9920)

18 Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling" (nr. 9920)

18.01 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, avec une durée moyenne actuelle estimée à quatre jours et demi, la Belgique figure dans le peloton de tête des plus longs séjours en hôpital pour un accouchement normal.

Sachant qu'un jour complet passé en moins permettrait d'économiser jusqu'à 18 millions d'euros par an, l'objet affiché par le gouvernement est de réduire, selon les informations que j'ai reçues, cette période à trois jours et demi en 2016. Pour ce faire, vos services projettent la mise en œuvre prochaine d'une phase-test grandeur nature de séjour postnatal réduit, en sélectionnant sept hôpitaux (trois en Flandre, deux en Wallonie et deux à Bruxelles) qui évalueront la mesure durant une période de deux ans.

La réussite de cette initiative dépendra notamment de la collaboration effective des nombreux autres auteurs de la natalité, parmi lesquels les sages-femmes, les infirmières à domicile ou les infirmiers à domicile, les pédiatres ou encore les kinésithérapeutes.

Mes questions sont doubles: pouvez-vous m'informer de la date à laquelle vos services espèrent pouvoir lancer, dans les sept hôpitaux sélectionnés, cette phase de test grandeur nature de séjour postnatal réduit? Prévoyez-vous en parallèle la mise en œuvre de mesures complémentaires afin de s'assurer du concours collectif des différents acteurs de la natalité à ce projet? Si oui, lesquelles?

18.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, comme je l'ai dit, les sept projets pilotes sont en phase de démarrage.

Ils ont été invités à finaliser leur convention de projet par laquelle ils définissent les règles de fonctionnement du projet entre partenaires, les responsabilités de chacun et chacune, les modalités de gestion, etc. Ces conventions doivent être transmises auprès du SPF Santé publique qui, de son côté, rédige les contrats organisant le financement de l'accord d'initiation des projets.

En ce qui concerne les mesures d'accompagnement des projets, il est prévu un suivi par le biais d'une auto-évaluation donnant lieu à un rapport annuel sur la base d'indicateurs de processus et de résultats préalablement définis, ainsi qu'une évaluation par l'administration. Cette évaluation portera sur des éléments financiers du projet, notamment les gains et les déficiences mais également sur la plus-value en termes qualitatifs et en termes de satisfaction des patients.

L'analyse des données permettra aussi d'identifier l'implication réelle des différents acteurs via les données de facturation mais également via le rapport individuel de chaque projet. Cela est quand même compliqué mais c'est normal. Il est important qu'il y ait des éléments qu'on puisse mesurer avant d'implémenter un projet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18.03 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, pourriez-vous faire le point en ce qui concerne les questions reportées?

La **présidente**: Les questions suivantes sont reportées:

- la question n° 10037 de M. Thiéry;

- la question n° 10056 de Mme Hufkens;
- les questions jointes n°s 10063 de M. Senesael, 10103 de Mme Fonck et 11024 de Mme Cassart-Mailleux;
- les questions et interpellation jointes n°s 10072 de Mme Cassart-Mailleux, 132 de Mme Fonck et 10180 de Mme Van Peel;
- la question n° 10105 de Mme Fonck.

La question n° 10123 de Mme Dedry doit être renvoyée vers un autre ministre.

La question n° 10126 de Mme Fonck est transformée en question écrite, ainsi que les questions n° 10190 de Mme Muylle, n° 10268 de Mme de Coster-Bauchau, n° 10344 de Mme Fonck.

Vu l'heure, j'estime que nous pourrions aller jusqu'au point 37 de l'agenda.

19 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre des médecins actifs par commune" (n° 9924)

19 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal actieve artsen per gemeente" (nr. 9924)

19.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, cette question est courte, car, en juin 2015, je déposais une question écrite pour obtenir la répartition des médecins généralistes actifs par commune. Je vous demandais le nombre de médecins généralistes ayant plus de 500 prestations par an, leur répartition hommes-femmes, ainsi que leur répartition en fonction des tranches d'âge, et à quoi cela correspondait en temps pleins. Je terminais ma question en vous demandant la répartition des praticiens isolés, d'une part, et de ceux et celles qui pratiquent en maisons médicales, d'autre part. À ce jour, je n'ai pas reçu de réponses à ces questions. Or, nous sommes presque un an plus tard.

Madame la ministre, quand comptez-vous me donner une réponse? Et quels sont les obstacles qui ont retardé ou empêché votre réponse? Franchement, c'est la croix et la bannière d'avoir accès à ces informations-là, même quand nous interrogeons les acteurs qui sont sur le terrain. Je ne vous demande pas de donner ici le nombre de médecins mais de me dire ce qui fait que je n'ai pas encore reçu réponse à ma question.

19.02 Maggie De Block, ministre: Parfois, il est plus facile de poser des questions que de donner des réponses; c'est le cas pour cette question. Le cadastre dynamique des médecins, le Plan CAD 2004-2012, laisse une photographie de l'activité médicale en croisant plusieurs bases de données, c'est-à-dire celles du cadastre du SPF, de l'INAMI et du Datawarehouse Marché du travail et Protection sociale. Pour assurer l'anonymat de ces données, seul l'arrondissement du domicile des médecins est présent dans les données couplées, la commune du domicile n'apparaît donc pas. Ceci répond aux contraintes de la Commission de protection de la vie privée. Vous trouverez les données demandées dans le rapport portant sur les médecins généralistes, disponible sur le site web du Service public fédéral de Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, dont je vous transmettrai le lien.

Les données concernant les maisons médicales ne sont pas disponibles sur ce site web mais le sont auprès de l'INAMI. Comme ces données ne sont pas disponibles dans la base de données INAMI qui a servi au couplage pour réaliser le cadastre dynamique, elles n'ont pas pu être intégrées dans le rapport publié. Ce n'est donc pas facile, surtout à cause des avis de la Commission de protection de la vie privée. Néanmoins, je possède ici le détail des informations afin que vous puissiez rassembler vous-même les pièces du puzzle.

19.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Rendez-vous bien compte que, dès lors, il est tout à fait impossible de nous dire qu'il y a trop de médecins par-ci, pas assez par-là. J'ai posé la même question en 2006. Il a fallu plusieurs mois avant d'obtenir une réponse, mais je l'ai eue et elle était détaillée commune par commune. On s'était limité à plus de 500 prestations. Ce faisant, on répondait aux exigences de la Commission Vie privée, car ma première formulation contenait des références à un nombre de prestations différentes. S'il n'y avait que deux médecins, l'identification aurait été possible.

Mais lorsque vous téléphonez au cercle des médecins afin de vous renseigner au sujet de la population des médecins dans la commune, obtenir des informations sur leur âge, leur renouvellement, les problèmes rencontrés, vous n'obtenez aucune réponse en la matière. Il y a moyen d'aller à l'encontre, de dépasser cette exigence de la Commission Vie privée, étant donné les lieux de prestation, les lieux de domicile, éléments sur lesquels il y a toujours moyen de jouer.

Je ne peux accepter cette réponse ni que ce soit la Commission Vie privée qui interdise un relevé établi commune par commune et qu'on ne puisse, dans un cadastre dynamique, introduire les données de praticiens qui travaillent ensemble dans une maison médicale et les praticiens qui travaillent de manière isolée, car cela revenait à répondre de manière différente.

On l'a encore vu la semaine passée en commission de la Santé. M. Piedboeuf disait au sujet de sa commune, Tintigny, que la solution pour que des médecins généralistes acceptent de travailler dans ces zones-là, c'était de créer une maison médicale sinon les jeunes médecins ne se déplacent pas. Il s'agit de données importantes pour bien organiser et identifier les besoins selon une répartition géographique adéquate. Il faut interroger à nouveau en rapport avec cet argument de respect de la vie privée, car je ne suis pas certaine qu'il soit correct. En 2006, je le répète, les données m'ont, malgré tout, été transmises.

19.04 Maggie De Block, ministre: Je comprends votre frustration, mais je respecte tout un chacun de même que votre demande. Il serait évidemment utile de disposer de toutes les données en la matière. Personnellement, je dois respecter toutes les commissions concernées, dont celle relative à la protection de la vie privée.

19.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je n'ai pas reçu de réponse à ma question écrite. Vous le justifiez en expliquant que la Commission Vie privée ne permet pas de répondre. Entre le 10 juin 2015 et aujourd'hui, on aurait pu me le faire savoir. Je voudrais voir cet avis de la Commission qui empêche de donner cette réponse. En 2006, j'avais obtenu une réponse après avoir reformulé ma question de façon à préserver l'anonymat. J'aurais donc une demande supplémentaire à votre égard sur ce point, mais je peux l'écrire si vous le souhaitez.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 9929 de M. Peter Vanvelthoven est transformée en question écrite.

20 Questions jointes de

- **M. David Clarinval à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapatriement des citoyens français décédés en Belgique" (n° 9941)**
- **M. Jean-Marc Delizée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapatriement des citoyens français décédés en Belgique" (n° 10296)**

20 Samengevoegde vragen van

- **de heer David Clarinval aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de repatriëring van in België overleden Franse staatsburgers" (nr. 9941)**
- **de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de repatriëring van in België overleden Franse staatsburgers" (nr. 10296)**

20.01 David Clarinval (MR): Madame la présidente, madame la ministre, mon collègue Jean-Marc Delizée et moi-même avons déjà eu l'occasion de vous interroger sur ce sujet.

Les démarches légales à accomplir dans le cadre du rapatriement d'un citoyen français décédé en Belgique relèvent parfois de l'absurde. Un récent article du journal *L'Avenir* l'a encore démontré récemment. Des tractations seraient en cours entre les autorités belges et françaises afin d'envisager de résoudre ce problème.

En réponse à la question de M. Delizée, vous aviez confirmé que des discussions bilatérales étaient en cours et que des adaptations de cette législation étaient à l'ordre du jour. En revanche, vous n'aviez pas précisé le délai dans lequel ces accords allaient se concrétiser.

Madame la ministre, pouvez-vous m'indiquer à quel stade en sont les négociations? Quand peut-on espérer voir une simplification des exigences inhérentes au rapatriement des défunts? Ces formalités sont particulièrement pénibles pour les personnes qui résident dans les régions frontalières.

J'ajoute qu'au vu des accords qui existent avec les communes françaises, notamment avec l'hôpital de Dinant, ce problème se pose de plus en plus souvent. Par ailleurs, j'ai personnellement vécu une situation inverse. Un Belge devait être rapatrié en Belgique. Là aussi, la situation est très difficile pour les familles.

Même si ce problème ne doit pas être le plus important au sein de vos compétences, il n'en demeure pas moins que les formalités sont pénibles pour les familles concernées par un tel événement.

20.02 Jean-Marc Delizée (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je reviens sur une question posée le 15 décembre 2015 sur la procédure de rapatriement des corps entre la Belgique et la France et l'accord de Strasbourg du 26 octobre 1973. Cette procédure est devenue obsolète et se révèle très lourde et coûteuse.

Dans le passé, certaines dispositions étaient prises pour des raisons sanitaires mais avec les techniques d'aujourd'hui, cela ne se justifie plus, à l'exception de cas de personnes décédées d'une maladie contagieuse pour lesquels la législation est plus stricte. Pour la grande majorité des décès, le dispositif actuel est tout à fait obsolète.

Cette question touche les familles ainsi que les sociétés de pompes funèbres. Nous essayons de construire l'Europe.

Mais l'Europe ne comprend pas que nous ayons des législations kafkaïennes, qui rendent les situations difficiles, surtout dans le cadre pénible de funérailles, un contexte déjà très émotionnel pour les familles.

Dans votre réponse de décembre, vous me confirmiez la volonté des deux côtés de la frontière de mettre en place une solution. Vous m'informiez que des discussions bilatérales étaient en cours et que des initiatives étaient menées en ce sens. Vous m'aviez également signalé que le Conseil Supérieur de la Santé recommandait de revoir notre arrêté royal du Régent pour le rendre aussi conforme que possible à la législation française.

Malheureusement, vous ne m'avez communiqué aucun délai. Je crois que nous allons revenir régulièrement sur le sujet, en espérant que cela avance. Il faut vraiment essayer de faire aboutir ce dossier. Vous avez sans doute d'autres préoccupations, d'autres dossiers. Mais vos services pourraient-ils avancer dans ces négociations?

Madame la ministre, quel est l'état d'avancement des négociations? Un tel accord a été conclu avec les Pays-Bas. Sans en connaître en détail le contenu, on peut se dire que si un accord est conclu avec les Pays-Bas, il doit être possible d'en conclure un similaire avec la France, avec peut-être quelques différences, je n'en sais rien. L'accord avec les Pays-Bas peut-il servir de base pour un accord avec la France? Quel est le calendrier de suivi de ce dossier pour un accord bilatéral avec la France? Quels seraient, le cas échéant, les grands principes de cet accord?

Enfin, vous terminiez votre réponse du 15 décembre ainsi: "Il est possible que la Belgique initie une démarche pionnière qui pourrait mener à une harmonisation formelle." Je vous demande donc si vous avez une démarche pionnière pour résoudre le problème.

20.03 Maggie De Block, ministre: Monsieur Clarinval, monsieur Delizée, comme je l'ai dit, les négociations ont été entamées avec nos homologues français mais aussi en Conférence interministérielle Santé publique au sein de sous-groupes internationaux. En effet, cette problématique ne relève pas seulement des compétences fédérales.

En ce qui concerne l'état des lieux des négociations, aucun consensus n'a encore été atteint. Le point de discussion est la définition de la zone transfrontalière: notre vision est que cette zone est délimitée alors que la vision française préconise le contraire, ce qui inclurait l'ensemble du territoire français.

Vous comprendrez qu'au vu de la sécurité sanitaire et de la santé publique, le rapatriement d'un corps de Bièvre vers Les Hautes-Rivières n'équivaut pas à un rapatriement vers la Guadeloupe.

Nous continuons donc à négocier sur les deux fronts et espérons trouver rapidement des solutions

La **présidente:** Certaines réponses sont plus difficiles que certaines questions, monsieur Clarinval! Je comprends votre frustration!

20.04 David Clarinval (MR): Je vous comprends, madame la présidente!

J'ai envie de dire deux choses. La première, c'est qu'en matière fiscale, la France et la Belgique n'ont eu aucun problème à s'entendre sur la zone frontalière. Il suffirait peut-être de calquer en matière de santé la solution trouvée en matière fiscale. C'est une piste à creuser pour éviter de longs débats.

Deuxièmement, je peux comprendre que le déplacement d'une dépouille mortelle entre deux zones frontalières parfois distantes de cinq kilomètres ne représente pas les mêmes enjeux que le rapatriement d'un vacancier depuis la Guadeloupe. Les îles françaises mises à part, beaucoup de Belges résident aussi sur la Côte d'Azur. Je ne vois pas en quoi le fait qu'un Belge vienne à décéder à Marseille ou qu'un Français décède à Liège peut être un problème.

On peut en effet tenir compte des îles et des DOM-TOM et ériger ces derniers en cas particulier, mais je serais prêt à envisager que la France métropolitaine, ou continentale, soit reprise dans la zone dans son ensemble. Si l'on veut se restreindre à une zone frontalière, prenons la définition des Finances et nous pourrions peut-être avancer. Derrière cette question, il y a des familles dans le deuil et placées dans des situations vraiment ridicules. Avancer sur ce dossier serait faire œuvre utile.

20.05 Jean-Marc Delizée (PS): Madame la ministre, j'ai reçu une réponse. Je ne vais pas dire que je suis satisfait de son contenu. Vous ajoutez à votre précédente réponse un élément: cette question de zone transfrontalière.

En ce qui concerne la France continentale, je ne vois pas de distinction à faire si le défunt est rapatrié à Charleville-Mézières ou à Marseille. Je ne vois pas le problème pour la France continentale. Il est excessif de mentionner la Guadeloupe ou la Nouvelle-Calédonie ou je ne sais quelle île très lointaine dans une réponse.

20.06 Maggie De Block, ministre: On parle de "l'intégralité du territoire français". Cela concerne la Guadeloupe aussi.

20.07 Jean-Marc Delizée (PS): L'accord avec les Pays-Bas concerne-t-il l'entièreté du territoire des Pays-Bas? Ils ont aussi des territoires lointains. Ont-ils exigé leur prise en compte? Pour le citoyen, c'est Kafka. En cas de crémation, le corps doit revenir. Il faut deux funérariums. C'est compliqué.

Je ne peux qu'insister pour que vous travailliez avec votre département, mais aussi avec l'Intérieur et les Affaires étrangères. Vos collègues sont aussi concernés. C'est le cas de l'ensemble du gouvernement. Il faudrait essayer de trouver des solutions concrètes pour nos concitoyens, qu'ils soient belges, néerlandais, français ou autres. Au terme de cette réponse je ne suis pas vraiment rassuré sur l'issue plus ou moins rapide du dossier. Je me demande si la volonté existe et je m'étonne. Il semble que du côté français, on indique une volonté de trouver une solution. Je ne peux que vous inviter à prendre ce dossier à bras-le-corps avec vos collègues. Sinon, nous reviendrons poser cette question. Des citoyens vivront encore des situations très pénibles. Je vous remercie.

La **présidente**: Dossier à suivre, donc!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 Interpellation de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation sanitaire dramatique en Grèce" (n° 127)

21 Interpellatie van de heer Daniel Senesael tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dramatische toestand van de gezondheidszorg in Griekenland" (nr. 127)

21.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, depuis le début de la crise en 2008, le budget alloué au système national de santé a été réduit de 50 % vu les exigences des institutions financières internationales à l'égard du système de santé grec.

Aujourd'hui, deux millions et demi de citoyens n'ont plus accès aux soins de santé en Grèce. 25 % des Grecs n'ont plus de couverture santé. Les hôpitaux sont exsangues et les opérations chirurgicales y sont très souvent suspendues. Il est constaté une augmentation de la mortalité infantile de 51 %, une diminution de plusieurs couvertures vaccinales, une augmentation des hospitalisations dans les hôpitaux publics de 37 %.

Par ailleurs, un nombre croissant de médecins grecs, plus particulièrement de spécialistes, abandonnent leur poste pour pouvoir remplir des fonctions à l'étranger, et plus de 8 000 infirmières qualifiées sont actuellement sans emploi.

Autant de constats inconcevables qui démontrent le drame qui se joue au sein même d'un pays de l'Union européenne. Cette situation n'a évidemment fait que s'amplifier en raison de la crise des réfugiés que connaît le pays depuis plusieurs mois maintenant. Pourtant, les instances de l'Union européenne ne semblent pas vouloir prendre conscience de la situation et aucune mesure d'aide n'est à ce jour proposée pour leur venir en aide. C'est évidemment inacceptable pour mon groupe qui n'a de cesse de rappeler l'importance de pouvoir maintenir une sécurité sociale forte permettant à chacun, quels que soient ses revenus, d'avoir accès aux soins de santé et à une protection sociale.

L'ONG Médecins du monde, l'hôpital universitaire Erasme, associé à l'Université libre de Bruxelles, et le CHU Saint-Pierre de Bruxelles ont d'ailleurs lancé voici quelques semaines une campagne dénommée "Urgence Grèce: Stop au Grexit médical" afin de sensibiliser la population belge face à la crise sanitaire que connaît actuellement la Grèce. La campagne vise également à récolter des fonds pour financer des projets concrets sur le terrain. Trois projets ont d'ores et déjà été lancés, comme la création d'une nouvelle polyclinique ou encore la mise en place d'une chaîne de solidarité médicale pour un bus médicalisé avec des équipements mobiles pour les échographies, la biologie, la spirométrie, etc. Une pétition pour demander le gel du budget des soins de santé en Grèce a par ailleurs été lancée afin de mettre la pression sur les autorités européennes.

Madame la ministre, des discussions sur la situation sanitaire dramatique que connaît la Grèce ont-elles déjà eu lieu au sein du Conseil EPSCO?

Si ce n'est pas le cas, comptez-vous demander l'inscription à l'ordre du jour de ce point essentiel? Si oui, quelle attitude adopterez-vous et que défendrez-vous comme mesures tangibles pour venir en aide à la Grèce dans ce cadre?

Le non-sens des mesures imposées par l'Eurogroupe à la Grèce sans même avoir sollicité l'avis du Conseil EPSCO ne doit-il pas pousser celui-ci à s'impliquer davantage, voir à s'imposer, lorsque de telles dispositions touchant la population et la santé publique sont prises? Madame la ministre, je vous remercie d'avance pour vos réponses.

21.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, le Conseil informel EPSCO s'est penché sur cette question les 24 et 25 septembre 2015 sous deux angles. Ainsi, la relation entre la réglementation budgétaire européenne et la politique de santé a été discutée indépendamment des implications directes sur le contexte grec, puisque l'EPSCO a traité de la situation sanitaire des migrants.

L'établissement de l'ordre du jour de ce Conseil relève d'une prérogative de la présidence. Les autres États ont la faculté d'ajouter divers points. En l'occurrence, il appartient à la Grèce d'inscrire cette question à l'agenda, comme elle l'avait fait pour la situation sanitaire des migrants.

Un débat à ce sujet ayant eu lieu en septembre, je puis vous informer des positions adoptées par la Belgique à l'époque. Tout d'abord, j'évoquerai la relation entre la réglementation budgétaire européenne et la politique de santé. Lors de ce Conseil, notre pays a plaidé en faveur d'une collaboration renforcée entre ministres de la Santé pour veiller à ce que les soins ne soient pas traités comme un bouche-trou budgétaire, mais comme un investissement favorisant la croissance économique.

Cependant, une action européenne exige au préalable un consensus. Or, en l'espèce, il fait défaut. La majorité des États membres considèrent la santé comme une compétence exclusivement nationale et rejettent en conséquence toute forme de collaboration à l'échelle européenne. Je ne prévois pas de changement fondamental dans un avenir proche en ce domaine.

Il en résulte que l'aide à la Grèce en termes de soins de santé, ces dernières années, a été organisée principalement sous le contrôle de l'EPSCO.

La Belgique s'est activement impliquée dans cette aide. La Belgique a ainsi collaboré activement à la réorganisation de l'assurance maladie grecque et c'est, en partie, à la demande de la Belgique que l'OMS a

été impliquée en Grèce.

Ceci a débouché notamment sur une réforme des soins de santé de première ligne. Quant aux résultats de ces efforts, je ne puis vous donner aucune information sur ce bref laps de temps. Il n'existe, à ma connaissance, encore aucune évaluation officielle de cette réforme

Je traiterai ensuite de la situation des migrants en Grèce. Ce point figurait aussi à l'ordre du jour de l'EPSCO en septembre 2015 et, à l'époque, la Belgique a souligné l'importance de dépistages médicaux chez les migrants qui arrivent dans l'Union européenne et a insisté, en outre, sur le fait que les migrants entrants ne représentent pas de grands risques sanitaires pour la population européenne mais qu'en revanche, ils subissent les lourdes conséquences de multiples jours de voyage.

Il existe maintenant une nouvelle initiative de la Commission européenne visant à libérer 700 millions d'euros pour l'aide humanitaire d'urgence en Europe. Ce montant serait libéré en trois tranches: 300 millions d'euros en 2016, 200 millions d'euros en 2017 et 200 millions d'euros en 2018.

Jusqu'ici, l'aide humanitaire n'était possible que dans le cadre d'une action externe. C'est donc la première fois que des moyens sont alloués à un État membre de l'Union européenne. J'espère que cela changera les choses.

21.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. À la suite de celle-ci, je vais déposer une motion de recommandation. L'EPSCO s'est réuni en septembre, voici huit mois. Or, en huit mois, la situation a évolué négativement. Je demande dès lors que l'on mette à l'ordre du jour du Conseil EPSCO la situation sanitaire dramatique que connaît actuellement la Grèce, en fonction d'ailleurs des éléments que Mme la ministre a apportés.

Je demande également de collaborer activement au sein du Conseil EPSCO notamment, afin que des réponses et des mesures d'aide concrètes puissent être prises pour venir en aide à la Grèce dans ce cadre et non pas comme on l'entend dans la réponse que Mme la ministre a formulée. Je ne mets évidemment pas en cause la réponse de la ministre mais je ne suis pas satisfait des éléments de réponse car il n'y a pas de consensus européen. Par ailleurs, la santé reste une compétence exclusivement nationale et, de ce fait, la solidarité ne peut pas être organisée.

Je demande aussi que le Conseil EPSCO soit systématiquement consulté, lorsqu'une instance européenne – que ce soit l'Eurogroupe ou la Commission –, prend des mesures touchant directement à la protection sociale et la santé publique de la population d'un ou plusieurs États membres.

Voilà les trois demandes qui seront reprises dans la proposition de motion que je dépose.

21.04 Maggie De Block, ministre: Entre-temps, le ministre grec a été remplacé. Le ministre en charge au mois de septembre était vraiment très actif, mais cela n'a plus été le cas après. C'est aussi à eux de prendre les choses en main.

La **présidente:** Cette recommandation vous permettra de stimuler vos équivalents grecs notamment.

Moties Motions

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

Une motion de recommandation a été déposée par M. Daniel Senesael et est libellée comme suit:

"La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de M. Daniel Senesael
et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement:

- de demander instamment la mise à l'ordre du jour au sein du Conseil EPSCO de la situation sanitaire dramatique que connaît actuellement la Grèce;
- de collaborer activement, au sein du Conseil EPSCO notamment, afin que des réponses et mesures d'aide concrètes puissent être prises pour venir en aide à la Grèce dans ce cadre;

- d'exiger que le Conseil EPSCO soit systématiquement consulté lorsqu'une instance européenne (Eurogroupe, Commission, ...) prend des mesures touchant directement la protection sociale et la santé publique de la population d'un ou plusieurs États membres."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer Daniel Senesael en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van de heer Daniel Senesael

en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

verzoekt de regering:

- met aandrang te vragen dat de EPSCO-Raad zich over de dramatische toestand van de gezondheidszorg in Griekenland zou buigen;

- actief mee te werken, onder meer in de EPSCO-Raad, opdat er concrete oplossingen zouden kunnen worden aangereikt en steunmaatregelen zouden kunnen worden genomen om Griekenland op dat vlak te helpen;

- te eisen dat de EPSCO-Raad systematisch zou worden geraadpleegd wanneer een Europese instantie (de eurogroep, de Commissie, ...) maatregelen neemt die een rechtstreekse impact hebben op de sociale bescherming en de volksgezondheid in één of meerdere lidstaten."

Une motion pure et simple a été déposée par MM. Dirk Janssens et Jan Vercammen.

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heren Dirk Janssens en Jan Vercammen.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

22 Questions jointes de

- **M. Michel de Lamotte à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les titres professionnels particuliers et les qualifications professionnelles particulières pour les infirmiers" (n° 10026)**

- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de la formation des infirmiers (infirmières) et le respect de la directive 2013/55/UE" (n° 10434)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infirmiers" (n° 10574)**

22 Samengevoegde vragen van

- **de heer Michel de Lamotte aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde" (nr. 10026)**

- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de opleiding van verpleegkundigen en de naleving van richtlijn 2013/55/EU" (nr. 10434)**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verpleegkundigen" (nr. 10574)**

22.01 Michel de Lamotte (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, l'arrêté royal du 27 septembre 2006 prévoit en son article 1^{er} la liste des titres professionnels particuliers pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou de bachelier en soins infirmiers. Or, parmi les titres reconnus, certains n'ont toujours pas fait l'objet d'un arrêté d'exécution fixant les critères d'agrément. C'est le cas notamment pour l'infirmier spécialisé en santé communautaire.

En réponse à une question parlementaire, en avril 2015, vous indiquiez vouloir "appréhender la problématique des titres particuliers dans sa globalité, c'est-à-dire en me basant sur des dimensions telles que la plus-value des soins pour le patient, l'attractivité de la profession infirmière et le financement des hôpitaux, et enfin dans un souci de conformité à la réglementation européenne". En effet, la directive 2013/55/UE relative à la reconnaissance des qualifications doit être transposée avant 2016.

Vu le partage des compétences entre l'État fédéral et les entités fédérées, un protocole d'accord qui répartit les responsabilités de chacun pour la transposition et la mise en œuvre de la directive a été signé le 29 juin 2015.

En janvier dernier, vous précisiez, en réponse à des questions parlementaires, ce qui suit: "En ce qui concerne les travaux et l'élaboration de textes législatifs de transposition de la directive en vue de la reconnaissance des qualifications professionnelles, ceux-ci n'ont cessé de faire l'objet d'une attention

particulière tant de la part de mon cabinet que de mon administration. (...) Ensuite, après la transposition de cette directive européenne en droit belge, j'entamerai des concertations avec toutes les parties concernées au sujet de la vision que je compte développer pour cette profession dans le contexte de la réforme de la loi sur les professions de la santé, dit arrêté royal n° 78, maintenant la loi de 2014. C'est à ce moment que seront abordés d'autres sujets comme les compétences et les titres professionnels, la qualité des stages cliniques, l'attractivité de la profession, la déontologie et la qualité des soins pour nos citoyens". Vous indiquez également que "comme il y a trop de sous-catégories et de compétences particulières, etc., lors de la révision de l'arrêté royal n° 78, il sera proposé une autre classification des compétences sans avoir toutes ces sous-compétences, ce qui crée des problèmes dans les hôpitaux. Les compétences de chacun ne sont actuellement pas claires".

Madame la ministre, ma cheffe de groupe ayant déposé une question similaire à la mienne, elle se joint à moi pour vous poser les questions suivantes. Avez-vous déjà fixé un agenda quant à l'élaboration et la mise en place de la vision que vous comptez développer pour la profession d'infirmier? Avez-vous déjà une idée de la classification des compétences que vous comptez mettre en place? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous en informer? Il est essentiel que vous consultiez l'ensemble du secteur au sujet de la réforme que vous voulez mettre en place pour les infirmiers afin d'avoir une approche cohérente. Qui comptez-vous rencontrer? Avez-vous déjà prévu un agenda de rencontres?

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ce dossier et d'être à l'écoute des associations professionnelles qui représentent tous les infirmiers qui, au quotidien, assurent à la population des soins de qualité.

22.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, la directive européenne 2013/55/EU impose huit compétences à développer chez le personnel infirmier et, dès lors, un renforcement de la formation avec 4 600 heures d'enseignement théorique et clinique, dont minimum 2 300 heures réservées à la partie clinique. Ce sont les exigences de la directive européenne pour notamment permettre la libre circulation de ces infirmiers.

Les compétences identifiées impliquent plus d'autonomie, plus de responsabilités ainsi que des capacités d'organisation et de délégation. Les infirmiers deviennent des "infirmiers responsables des soins généraux".

Le 1^{er} avril 2015, le Conseil fédéral de l'art infirmier a adopté à l'unanimité un avis qu'il vous a remis afin de concrétiser la traduction belge de ces nouvelles exigences et compétences. On s'attendait à ce que vous transposiez ces nouvelles compétences, ce nouveau descriptif des fonctions et des exigences des infirmiers dans l'arrêté royal n° 78, devenu la loi de mai 2015. Ce n'est toujours pas réalisé.

Madame la ministre, quelles en sont les raisons? Le problème provient-il de la révision globale de la loi de mai 2015? Cela provient-il du descriptif des compétences sur lequel vous auriez des divergences de vue avec le Conseil fédéral de l'art infirmier? Ou bien est-ce le niveau et les filières de formation à modifier pour se conformer à ces nouvelles exigences qui expliqueraient que les choses n'aient pas encore été changées?

En effet, il y a deux filières: le baccalauréat et le brevet dont la formation ne correspond pas aux exigences de la directive. Des passerelles pourraient être facilitées pour permettre aux infirmiers brevetés de poursuivre leur formation en rejoignant la filière Bac. Ou alors, ils pourraient bénéficier d'un titre professionnel distinct de celui des infirmiers bacheliers. On déboucherait dès lors sur une nouvelle profession avec de nouvelles compétences attendues et de nouvelles fonctions. Cela fait partie de débats que nous avons déjà eus en commission. Où en êtes-vous dans ce processus et dans le choix des options?

Enfin, les écoles vont devoir adapter leurs programmes. Des stages complémentaires vont devoir être mis en place. Quelles sont vos échéances? Il faut que tout cela se déroule en coordination avec les entités fédérées? Comment se déroule cette coordination?

22.03 Maggie De Block, ministre: Monsieur de Lamotte, madame Gerkens, je vous remercie pour vos questions. J'inclurai également les réponses aux questions introduites par Mme Fonck.

Je souhaite avant tout approfondir la question de la transposition de la directive européenne 2013 du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive de 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et les règlements concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur.

En ce qui concerne les praticiens de l'art infirmier, l'Europe a fixé des critères qualitatifs pour les infirmiers responsables de soins généraux, menant à une reconnaissance automatique dans les différents États membres. En outre, seules les personnes répondant à ces critères peuvent prétendre au titre d'infirmier responsable de soins généraux. Les praticiens de l'art infirmier formés en Belgique devront désormais remplir ces conditions afin de pouvoir bénéficier d'une reconnaissance automatique dans les autres États membres. C'est ce qu'on appelle une mobilité en Europe. Bien que cette directive vise à faciliter la libre circulation des personnes, l'objectif sous-jacent est clairement de donner des garanties au niveau de la qualité aux employeurs ainsi qu'aux patients faisant appel à des infirmiers venant d'autres États membres.

La loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé l'a transposée dans la législation belge, vu la loi du 4 avril 1980 contenant délégation de pouvoirs pour assurer l'exécution de la directive du Conseil des Communautés européennes relative à l'art de guérir et à l'art infirmier, par le biais d'un arrêté royal portant transposition de la directive européenne 2013. Le choix de réaliser cette transposition par le biais d'un arrêté royal implique que seule la directive peut être transposée *stricto sensu* et qu'aucun autre élément de la loi relative aux professions de soins de santé ne peut être modifié.

Il me semble important de vous informer de l'aspect technique de la légistique, étant donné que certains ont l'impression que la transposition de cette directive permettrait d'aborder la problématique de l'exercice de l'art infirmier, et en particulier l'enseignement.

La procédure de transposition précitée a d'ailleurs été discutée au sein du Comité interministériel du 21 mars dernier, lors duquel un accord de protocole a été conclu prévoyant la répartition des tâches dans le cadre de cette transposition. Les Communautés ont donc été prévenues très tôt, aussi bien aux niveaux administratifs et politiques, au sujet du cadre et des modalités de la transposition ainsi que de son impact, notamment en ce qui concerne l'art infirmier.

J'attire en particulier votre attention sur le fait que dans le cadre de la transposition et telle qu'il est prévu dans la directive, le titre d'infirmier responsable des soins généraux peut être obtenu sur la base d'un diplôme d'enseignement professionnel, et de l'enseignement de type bachelier ou universitaire, à condition de correspondre aux critères mentionnés dans la directive.

Entre-temps, le Conseil d'État a émis un avis concernant l'avant-projet de l'arrêté royal. L'administration est en train de l'analyser. Au niveau du gouvernement, les discussions seront poursuivies au sein du groupe de travail. L'objectif est de réaliser l'arrêté avant les vacances d'été. Un rapport au Roi sera diffusé lors de la publication.

En d'autres termes, la législation relative à l'exercice des professions des soins de santé sera conforme à la directive européenne. Il y aura une sécurité juridique pour toutes les professions des soins de santé, y compris pour les praticiens de l'art infirmier, cela, avant le début de la prochaine année scolaire et académique.

En ce qui concerne la concertation avec les organisations professionnelles des praticiens de l'art infirmier, mes collaborateurs ont eu des entretiens bimensuels avec l'Union générale des infirmiers de Belgique. C'est par ce biais et celui de la communication écrite de l'association professionnelle que je connais ses points de vue. Nous reviendrons sur ce sujet lors de la prochaine concertation.

Vous faites encore référence à un avis du Conseil fédéral de l'art infirmier du 1^{er} avril 2015. Cet avis aborde en profondeur le profil professionnel des infirmiers et de leurs qualifications et détaille aussi les conditions telles que fixées dans la directive européenne.

Ce profil est décrit comme étant d'un niveau assez élevé. Il convient de se demander si la formation minimale pourrait encore être celle d'un bachelier. Étant donné que les descriptions de diplôme ressortissent aux compétences communautaires, je ne m'attarderai pas sur cette question.

Dans le cadre de la poursuite du développement stratégique, je suis d'avis qu'il n'y a pas de place pour une profession intermédiaire entre aides soignants et praticiens de l'art infirmier. Cependant, l'extension des actes accomplis par les premiers fait bien l'objet d'une étude ainsi que d'une concertation avec ceux-ci. Si l'on institue un niveau intermédiaire en Wallonie, mais pas en Flandre, on ne parle plus d'"Euromobilité" et encore moins d'une mobilité entre les deux Régions.

Ensuite, vous évoquez la réforme de la législation relative aux soins de santé et, plus particulièrement, l'art infirmier. Je ne souhaite pas encore entrer dans les détails. Nous avons surtout besoin de beaucoup d'infirmiers en soins généraux. Le modèle du cloisonnement excessif des qualifications et titres professionnels a ses limites, vu qu'il réduit la mobilité interne des praticiens de l'art infirmier au sein des établissements et qu'il provoque des conséquences importantes sur le plan financier. Je préfère élaborer un nombre restreint de différenciations génériques de base en ce domaine ainsi que favoriser la diversification des tâches et de la fonction, en tenant compte des soins dont le patient a besoin. Le modèle des titres et qualifications particuliers pourrait aller dans le sens de cette restriction.

En outre, j'examine si et comment nous pourrions introduire le concept de *nurse practitioner* dans notre pays. Ces spécialistes de l'art infirmier qui détiennent un *master* peuvent apporter un soutien technique en concertation avec les médecins, tant en termes médicaux qu'organisationnels.

Un groupe de travail me fera part de ses recommandations à ce sujet d'ici la fin du mois d'avril.

En ce qui concerne la problématique de l'enseignement dans le domaine de l'art infirmier, comme vous l'avez constaté vous-même, l'art infirmier est enseigné à différents niveaux dans notre pays. Je ne souhaite pas entrer davantage dans les détails étant donné qu'il s'agit d'une compétence communautaire. Nous avons également invité les ministres compétents à la commission interministérielle, Mmes Milquet et Crevits.

Quel que soit le type d'enseignement, la qualification d'une personne en tant qu'infirmier responsable des soins généraux dépendra de la conformité de son diplôme à la directive européenne.

22.04 Michel de Lamotte (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour l'explication du calendrier. J'ai retenu que vous aviez des concertations mais avec une seule association professionnelle. Vous souhaitez sortir l'arrêté royal avant les vacances d'été. J'attire votre attention sur l'importance du délai eu égard au fait que les formations recommencent au mois de septembre et que le contenu des cours doit être limité.

Je prends bonne note de votre réponse et je ne peux que vous inviter à continuer à poursuivre la concertation avec le secteur pour pouvoir réaliser un arrêté royal qui s'adaptera à toutes les situations. Je suivrai la suite de ce dossier avec intérêt.

22.05 Maggie De Block, ministre: Il est vrai que ce n'est pas un dossier facile. La mobilité européenne est très importante pour nos jeunes infirmiers. Il y a beaucoup d'intérêt pour eux à se rendre dans d'autres pays. Il faut vraiment éviter de créer des situations différentes en Wallonie et en Flandre car il serait ridicule de parler de mobilité européenne alors qu'il n'y en a pas dans notre pays!

22.06 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Sur ce point, je suis d'accord avec vous. En même temps, il y a quelque chose que je ne comprends pas dans votre réponse. Considérons les exigences de la directive européenne, et le nombre d'heures de cours cliniques et théoriques. On estime que cette formation, qui deviendra celle de bachelier, requiert quatre années. La formation brevet se fait en un temps plus court. Il est compliqué d'imaginer que le nombre d'heures et d'activités cliniques pourra être donné dans le cursus des brevets. Il faudra modifier. Il faudra aussi faciliter les passerelles pour qu'un nombre important de personnes puisse les emprunter.

22.07 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas possible de le faire dans ce délai. La Communauté française avait proposé de prolonger par des stages et par de la pratique pour six mois. C'est Mme Milquet qui l'avait expliqué. En Flandre, on pense à d'autres solutions, et pourquoi pas à des stages payés comme pour les médecins. Cela part dans tous les sens. Mais pour moi, il est important d'avoir les mêmes niveaux d'éducation et de formation: pour les infirmiers, mais aussi pour le patient. Quand on voit un infirmier ou une infirmière, on ne doit pas demander quelle formation il/elle a eu(e) et combien d'heures de stage il/elle a presté(e)s. Il faut pouvoir avoir confiance en la personne que l'on voit. Pour les patients, il est très important d'avoir affaire à des gens capables.

22.08 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Il faut effectivement partir des exigences, pour proposer des formations qui les rencontrent, notamment en termes de nombre d'heures d'activités. Si l'on intègre des stages rémunérés, cela signifie qu'on implique des professionnels qui ne sont pas en situation de formation. C'est très compliqué à organiser. Par contre, envisager et organiser des passerelles serait une bonne chose.

Je suis d'accord avec vous également sur l'importance des infirmiers généralistes. Avec les spécialisations, on perd un peu ce profil. Cela est aussi lié à une organisation de la rémunération et de la progression des infirmiers; ils/elles se spécialisent parce que pour le moment il n'y a pas moyen d'être valorisés autrement. Il faut également mener toute cette réflexion.

Je suis un peu étonnée par cet aspect de votre réponse: selon vous, il ne faudrait pas imaginer de personnel intermédiaire entre l'aide soignant, dont on revoit le statut, et l'infirmier qui devient responsable de soins généraux.

Par contre, vous imaginez des éventuels infirmiers *master* qui pourraient être des intermédiaires entre l'infirmier et le médecin ou qui pourraient travailler avec les médecins.

22.09 Maggie De Block, ministre: Non, ce n'est pas un métier intermédiaire. Pas du tout! Ce sont des infirmiers qui ont fait un *master* après leur *bachelor degree*, comme cela peut déjà se faire actuellement. Après avoir fait des études d'infirmier, on peut étudier la médecine. Ce n'est vraiment pas un métier intermédiaire car ils ont d'autres tâches.

22.10 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): D'accord. Si on exige plus des infirmières et des infirmiers, cela vaudrait la peine de vérifier s'il n'y a pas différentes tâches qui sont à faire en lien avec l'évolution de la médecine, la pratique des généralistes modifiée et autres plutôt que d'essayer d'organiser des cycles de formation qui risquent d'aboutir à des inégalités.

22.11 Maggie De Block, ministre: Un niveau intermédiaire serait uniquement valable en Wallonie et ne serait pas conforme. Aucune mobilité ne pourrait être prévue en Europe ni même en Flandre.

22.12 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je souhaite évidemment qu'il y ait la même chose en Flandre et en Wallonie.

Je pense néanmoins que les ministres des Communautés et vous-même êtes confrontés à des filières qui forment des infirmiers via le brevet qui ont peur de disparaître et de ne plus rencontrer les exigences. Il faut aussi intégrer cela dans la réflexion. Bien entendu, votre priorité doit être d'offrir des soins de santé de qualité par des personnes formées de la meilleure manière qui soit. La libre-circulation et la conformité à la directive ne sera possible que pour celles et ceux qui auront les compétences conformes à celles reprises dans la directive. C'est un fait.

22.13 Maggie De Block, ministre: Étant donné le vieillissement de la population, nous aurons besoin de toutes les filières pour former des infirmiers, des infirmières.

22.14 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Il faut veiller à ce que les infirmières ne quittent pas leur travail après cinq ou six années, en raison des conditions de travail. Le nombre d'infirmiers qui sortent des écoles est important. La pénurie ne provient pas de la formation. Elle provient de l'abandon du travail.

22.15 Maggie De Block, ministre: Dans ce cas, vous devez également vous adresser au ministre de l'Emploi!

22.16 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je pense qu'il y a 2 800 infirmiers qui sortent chaque année.

22.17 Maggie De Block, ministre: Il y a aussi des médecins qui sortent (...) comme moi, je l'ai fait!

22.18 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Aussi évidemment!

Quand aura lieu la prochaine concertation? Vous dites vouloir aboutir avant les vacances.

22.19 Maggie De Block, ministre: La prochaine concertation est fixée au mois de juin. Notre prochaine réunion est fixée. Entre-temps, nous allons nous concerter avec le nouveau ministre compétent en Wallonie, étant donné le départ de Mme Milquet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 10037 de M. Damien Thiéry est transformée en question écrite. La question n° 10052 de Mme Monica De Coninck est reportée. La question n° 10056 de Mme Renate Hufkens est reportée. Les questions jointes n°s 10063, 10103 et 11024 de M. Daniel Senesael, Mme Catherine Fonck et Mme Cassart-Mailleux sont reportées. La question n° 10069 de Mme Catherine Fonck est reportée. Les questions n°s 10072 et 10180 de Mme Caroline Cassart-Mailleux et Mme Valerie Van Peel, jointes à l'interpellation n° 132 de Mme Catherine Fonck, sont reportées.

23 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les paquets de cigarettes neutres" (n° 10104)
- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude relative aux emballages neutres pour les produits du tabac" (n° 10385)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les paquets de cigarettes neutres" (n° 10390)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les paquets de cigarettes neutres" (n° 10404)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan tabac" (n° 10680)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la cigarette électronique" (n° 10838)

23 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neutrale sigarettenpakjes" (nr. 10104)
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie over neutrale verpakkingen voor tabaksproducten" (nr. 10385)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neutrale sigarettenpakjes" (nr. 10390)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neutrale sigarettenpakjes" (nr. 10404)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tabaksplan" (nr. 10680)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de e-sigaret" (nr. 10838)

Madame la ministre, il faudra que nous convenions d'une date pour que vous puissiez venir pour l'examen des propositions de loi qui sont sur la table, toutes relatives au tabac. Les membres de la commission avaient demandé qu'après l'exposé des propositions de loi, nous puissions avoir un moment d'échange avec vous.

23.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, de vraag is al enigszins gedateerd, omdat wij via de media al deels uw antwoord hebben gekregen. Mijn vraag dateerde bovendien van vóór de paasvakantie.

Ik had destijds een vraag gesteld over een rapport dat u zou opstellen over de efficiëntie van de maatregelen in Australië en over de voorbereidingen die in drie lidstaten van de Europese Unie – Ierland, Groot-Brittannië en Frankrijk – werden getroffen. Die landen willen immers ook een neutrale verpakking voor tabaksproducten invoeren of hebben ze al ingevoerd.

Dat rapport is ondertussen afgerond en is aan u bezorgd. Wij hebben nog geen inzage in dat rapport gekregen.

Daarom heb ik voor u de hiernavolgende vragen.

Wat is de conclusie van het rapport? Ik kan ze al vermoeden, aangezien u al via de media hebt verklaard dat u openstaat voor een nader onderzoek naar de neutrale verpakking.

Wanneer krijgen ook wij inzage in het rapport? Misschien kan dat op het moment waarop u naar de commissie zult komen.

Welk gevolg zult u aan het rapport geven?

23.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, mijn vragen dateren, net als die van collega Van Hoof, van een tijd geleden en zijn dus wat achterhaald. Wij hebben intussen begrepen dat u binnenkort naar de commissie zult komen om de bespreking ter zake aan te vangen. Wat de neutrale pakjes betreft, is het mij nog niet helemaal duidelijk wat u wil doen. Ik zal de studies niet opsommen. Die zijn bekend.

Het is belangrijk het effect ervan te kennen in de landen waar zij al bestaan. Australië heeft goede cijfers. Door de neutrale pakjes is het aantal rokers daar significant, als ik dat woord mag gebruiken, gedaald.

Mevrouw de minister, wanneer krijgen wij inzage in het rapport van de administratie? Neemt u de invoering van neutrale pakjes in overweging, en dan liever op korte dan op lange termijn?

23.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik stel voor dat ik mijn twee vragen samen stel, aangezien de ene al wat gedateerd is en ik de inleiding dus kan overslaan.

Het rapport waarvan sprake en waarover collega Van Hoof het had, evalueert de resultaten van de invoering van neutrale sigarettenpakjes in Australië sinds 2012. U hebt in oktober gezegd dat u dat rapport zou meenemen in de evaluatie door uw diensten, evenals de voorbereidingen die worden getroffen in drie Europese lidstaten, met name Ierland, Groot-Brittannië en Frankrijk.

Wij zouden dat rapport graag inkijken. Volgens onze informatie staan daarin behoorlijk wat positieve gevolgen voor de Australische bevolking. Het aantal rokers is significant gedaald, jongeren worden ontmoedigd, roken is minder aantrekkelijk enzovoort. Wij vragen ons af hoe u daarmee verder gaat.

U hebt in het weekend van 9 en 10 april gecommuniceerd over een aantal maatregelen inzake tabaksgebruik. Wij zijn bijzonder verheugd over het feit dat er nu blijkbaar een tabaksplan op tafel ligt en dat u achter het principe staat om roken in de wagen te verbieden in het bijzijn van kinderen.

Mevrouw de minister, wat zijn uw bevindingen na kennisname van het Australisch rapport? Tot welke conclusies bent u gekomen nadat uw diensten de voorbereidingen in de drie Europese lidstaten hebben geëvalueerd?

Wanneer kunnen wij het tabaksplan waarover u het een paar weken geleden had, in dit Parlement bespreken? Ik heb echter niet begrepen dat de voorzitter dat aan het organiseren is.

Voor zover ik gehoord heb, zit er geen verbod op tabaksreclame in dat plan. Waarom niet? Waarom stelt u het neutrale pakje pas in het vooruitzicht tegen 2019? Het kan toch al, bij wijze van spreken, morgen ingevoerd worden, zeker als de rapporten positief zijn?

23.04 Minister Maggie De Block: Ik dank u voor uw vragen. Ik zal het antwoord aan mevrouw Fonck, die niet aanwezig is, snel zelf vertalen. Mijn antwoord was namelijk in twee talen opgesteld.

Zoals ik gevraagd had, heeft mijn administratie een werkdocument gemaakt. Ik had gevraagd daarin een evaluatie te maken van de invoering van het neutrale pakje, en de gevolgen daarvan, in Australië. Ik heb die evaluatie eind september gevraagd. Ik heb ook gevraagd om een beoordeling te geven voor het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Frankrijk, met de gevolgen aldaar.

Drie jaar na de invoering in Australië bevestigen de studies het effect van de maatregel. De doelstellingen zijn behaald, namelijk een vermindering van de attractiviteit van de tabaksproducten, een verhoging van de efficiëntie van de gegeven waarschuwingen en een vermindering van de capaciteit van de producenten om de consumenten te beïnvloeden.

Wij moeten ons ervan bewust zijn dat Australië een andere geografische structuur heeft, wat niet het geval is voor ons land, waar men zich na een rit van twee uur in een ander land bevindt.

Ik kom dan tot de officiële evaluatie van de Australische autoriteiten in verband met het invoeren van het neutrale pakje. Deze evaluatie is enkele weken geleden gepubliceerd. In dat rapport onderstrepen zij de verschillende positieve impacts van de maatregel, zoals onder andere de vermindering van de prevalentie, het *tabagisme* en de blootstelling aan tabaksrook, dus passief roken. Zij menen dat deze impact nog zal

verhogen naarmate de maatregel langer van kracht zal zijn.

Mijn diensten werken aan het omzetten van de Europese richtlijn betreffende tabak. Wegens de opgelopen vertraging is de invoering van het neutrale pakje evenwel niet meer mogelijk vóór mei 2016.

Ik heb dan een vijftal maatregelen met een echte gezondheidsdoelstelling voor ons land, conform het regeerakkoord, voorgelegd tijdens de begrotingsbesprekingen. Er was immers een meeropbrengst qua accijnzen ingeschreven, wat rechtstreeks gelieerd is aan het tabaksplan. In dat tabaksplan werken we aan meerdere zaken. Een deel van de zaken die daarin uitgewerkt zijn, moeten nog voort worden afgestemd in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Ik denk bijvoorbeeld aan preventieve maatregelen, die daar nog verder besproken zullen worden met de collega's. Ook bij de collega's van de Gemeenschappen zal dat een zeer actueel thema zijn.

De regering moet een aantal keuzes maken; er moet daarover dus een politiek akkoord tot stand komen. Ik zal niet vooruitlopen op het overlegproces. Het gaat alleszins onder andere over maatregelen om passieve rokers te beschermen, in dit geval minderjarige kinderen in een auto. De voorstellen die daarvoor in het Parlement ter bespreking liggen, krijgen mijn steun. Die moeten natuurlijk hun weg vinden in het Parlement en het is de taak van de Parlementsleden om daaraan een uitwerking te geven.

Het is inderdaad nuttig, eenmaal een politiek akkoord over alle maatregelen en alle punten en komma's is bereikt, om het plan en de werknota van onze diensten betreffende de Australische maatregel hier uitvoerig toe te lichten.

23.05 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, wij wachten het politiek akkoord af over het pakket aan maatregelen dat u voorstelt.

Ik maak enkele kanttekeningen. Als u kiest voor een neutrale verpakking, is het absurd om nog reclame te voeren. Uiteindelijk maakt dat dan geen verschil meer uit. Het gaat dan om dezelfde kleuren en hetzelfde lettertype en dan is het logisch dat de twee aan elkaar worden gekoppeld. Dat is belangrijk.

U zegt terecht dat de verhoging van de accijnzen van belang is. Als er een neutrale verpakking is, is het enige verschil tussen de verschillende merken de prijs. In Australië heeft men, tegelijk met de neutrale verpakking, de prijs verhoogd. De combinatie van die twee maatregelen heeft inderdaad geleid tot een daling van het aantal rokers. Zo zal de prijs het meest determinerend zijn, niet meer de reclame die wordt gemaakt.

23.06 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Hoof, dat had u ook in uw voorstel vermeld. U had het echter over 50 %, maar daarvoor heb ik geen consensus kunnen vinden. Beide aspecten zitten er echter wel allebei in. Ze versterken elkaar inderdaad.

23.07 Els Van Hoof (CD&V): Uiteraard versterken ze elkaar. De verwachte inkomsten zijn ook naar voren getrokken.

23.08 Minister Maggie De Block: Voor alle duidelijkheid, er is een deel naar voren getrokken en er is een deel bijgekomen: 39 is naar voren getrokken en 35 is er voor 2016 bijgekomen.

23.09 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dat was even de interne keuken, waarbij wij niet konden volgen.

U hebt het over een plan. Ik begrijp daaruit dat u na een politiek akkoord in de regering met een plan naar buiten komt, waarna het Parlement zijn werk zal doen. Ik begrijp daaruit dus dat u niet zelf met een wetsontwerp naar het Parlement zal komen.

23.10 Minister Maggie De Block: Er komt daarover geen wetsontwerp.

23.11 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Daarover komt geen wetsontwerp.

23.12 Minister Maggie De Block: (...). Ik ben lang genoeg Parlements lid geweest.

La **présidente**: N'entrons pas dans les détails, puisqu'il est convenu que la ministre apportera des éléments lors de la discussion des propositions de loi.

23.13 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik ben het eens met wat mevrouw Van Hoof heeft gezegd over de reclame en het neutrale pakje. U hebt in de pers wel gezegd dat u niet tegen het neutrale pakje bent en dat u het later, ik meen in 2019, zou invoeren. Ik hoop dan dat die maatregel ook met die concrete timing in het politiek akkoord zal staan.

23.14 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik sluit mij aan bij wat mevrouw Van Hoof zei. Als het neutrale pakje er komt, doe dan ook iets aan de reclame. Dat hoort samen.

Ik maak mij voorts ongerust dat de maatregel pas tegen 2019 in het vooruitzicht wordt gesteld. Waarom voert u die beide maatregelen niet eerder in? Administratief kan dat zeker. Er is geen enkele reden om dat uit te sluiten.

Ik onthoud vooral dat alle maatregelen van het plan, waarover u het in de pers had, nog door de Interministeriële Conferentie moeten worden geloodst.

23.15 Minister Maggie De Block: De maatregelen die in het plan zitten, zijn mijn bevoegdheid, maar wat er met betrekking tot de preventie nog bij kan komen, behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Dat moet sporen in de Interministeriële Conferentie.

23.16 Karin Jiroflée (sp.a): Dat begrijp ik. Dat moet ook nog verder in de regering worden besproken, zo heb ik begrepen. Een maatregel in verband met het roken in de wagen schuift u door naar het Parlement, zo heb ik onthouden.

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

*La réunion publique de commission est levée à 18.03 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.03 uur.*