

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 25 MEI 2016

Namiddag

---

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

du

MERCREDI 25 MAI 2016

Après-midi

---

Le développement des questions et interpellations commence à 15.04 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerken.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 15.04 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerken.

**01 Questions jointes de**

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur l'opportunité et les conditions éventuelles d'une autorisation de don de sang pour des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes" (n° 11170)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par des hommes ayant des relations avec des hommes" (n° 11233)

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par les hommes homosexuels et bisexuels" (n° 11386)

**01 Samengevoegde vragen van**

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de wenselijkheid van en de eventuele voorwaarden voor de toestemming voor bloeddonaties door mannen die seks hebben met mannen" (nr. 11170)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door mannen die seks hadden met andere mannen" (nr. 11233)

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door homo- en biseksuele mannen" (nr. 11386)

**01.01 Daniel Senesael (PS):** Madame la présidente, tout d'abord, je vous remercie, ainsi que mes collègues, d'avoir accepté que cette question puisse être posée aujourd'hui. Je remercie également Mme la ministre d'avoir bien voulu déroger à son agenda de questions qui lui sont proposées.

Le 17 mai est une journée contre l'homophobie, que j'ai eu le plaisir d'initier en 2004, alors que j'étais député wallon. Une résolution a été adoptée par le Parlement wallon concernant cette demande que je vous ai formulée, il y a maintenant plus d'un an.

À l'époque, je vous interrogeais sur l'opportunité de réviser les critères d'exclusion à vie du don de sang pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, comme cela se fait dans d'autres pays tels l'Australie, le Japon ou le Royaume-Uni. Je n'ai jamais caché mon homosexualité ni non plus mon envie de donner du sang.

Or, dans ce pays, toute personne âgée de 18 à 70 ans et en bonne santé peut donner son sang. Je me considère toujours en bonne santé et les HSH restent aujourd'hui encore dans l'impossibilité de donner leur sang pour, dit-on, "garantir la sécurité transfusionnelle".

Vous disiez partager mon point de vue selon lequel, en la matière, ce qu'il y a lieu de prendre en considération n'est pas l'orientation sexuelle mais les pratiques à risque favorisant la transmission du VIH, ce en quoi je partageais votre analyse.

Vous m'informiez également que, dans la foulée du dépôt de ma question, vous aviez sollicité l'avis du Conseil Supérieur de la Santé afin qu'il se prononce sur l'opportunité et les conditions éventuelles d'une autorisation de don de sang pour des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Madame la ministre, comme vous le savez, nous attendons avec impatience l'avis du Conseil Supérieur de la Santé, car nous estimons qu'il est grand temps de mettre fin à cette discrimination que constitue l'interdiction du don de sang pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Pouvez-vous me dire si cet avis a été rendu? Si non, quand pourra-t-il l'être? Êtes-vous en mesure de nous faire part de ses conclusions? Envisagez-vous à présent de prendre des mesures spécifiques à cet égard?

Je sais qu'il existe une grande communauté gay qui vous saurait gré de réserver une réponse positive à cette demande.

**01.02 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, verscheidene collega's hebben hier in het verleden al vragen over gesteld, onder anderen mevrouw Van Peel en de heer Senesael. Het is dus niet verwonderlijk dat deze personen daar opnieuw een vraag over stellen.

Het probleem werd zojuist door een collega geschetst, dus mijn inleiding moet ik niet meer geven. Ik wil nog eens beklemtonen dat het Europees Hof voor Justitie op 29 april 2015 een opmerkelijke uitspraak heeft gedaan in Frankrijk, met name dat eerst wetenschappelijk moet worden aangetoond of er werkelijk nog risico's zijn. Het Hof vraagt zich ook af of er geen betere opsporingstesten bestaan.

Mevrouw de minister, bent u het eens met de uitspraak van het Europees Hof of niet? Zo ja, onder welke voorwaarden denkt u aan uitsluiting? Bent u het met mij eens dat dit nooit levenslang mag zijn, maar enkel tijdelijk?

Ten tweede, is België betrokken bij het wetenschappelijk onderzoek naar bloeddonoratie van mannen die seks hebben met andere mannen? Zo ja, welke Belgische universiteiten werken hieraan mee? Doen zij ook onderzoek naar betere opsporingstesten?

Ten derde, wanneer verwacht u advies van het FAGG en zeker ook van de Hoge Gezondheidsraad?

Ten slotte, hebt u voor ons meer informatie over de werkzaamheden van de taskforce van de Raad van Europa die aan aanbevelingen werkt?

**01.03 Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het meeste is inderdaad al gezegd.

Toen wij de vorige keer dit debat in de commissie voerden, had het Rode Kruis naar aanleiding van een uitspraak van het Nederlandse College voor de Rechten van de Mens aangegeven geen voorstander te zijn van een wijziging. Het ging voor hen om uitsluiting op basis van een technische reden en men stelde de veiligheid van het bloed voor de ontvanger natuurlijk voorop. Ik denk dat iedereen ermee akkoord gaat dat dit een zeer belangrijke factor is die voorop moet staan.

U hebt toen, terecht, te kennen gegeven dat u het debat wilt aangaan en dat het belangrijk is om na te gaan of de huidige criteria werkelijk volledig noodzakelijk zijn en of er geen stappen te zetten zijn.

U zei toen dat u een advies had gevraagd bij de Hoge Gezondheidsraad en bij de diensten van het FAGG. U verwees ook nog naar een overleg dat tussen uw kabinet en de bloedinstellingen zou worden gehouden.

Mijn vragen, die overeenkomen met deze van mijn collega's, zijn de volgende.

Hebt u de adviezen ondertussen gekregen? Zo ja, wat staat erin?

Wat zijn de resultaten van het overleg met de bloedinstellingen? Is er een bereidheid om mee te denken? Wat zijn hun standpunten nu? Wat is uw standpunt?

Is er intussen op wetenschappelijk vlak een evolutie merkbaar? Zo ja, in welke richting? Hoe ziet u dit verder evolueren?

**01.04** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, collega's, dit is een belangrijk onderwerp dat al vele jaren in deze commissie meegaat. Ik meen evenwel dat wij de laatste tijd veel vooruitgang hebben geboekt om tot een aanpassing te komen.

Le projet d'avis du Conseil Supérieur de la Santé a été présenté à un groupe de parties prenantes dans le courant de ce mois. Le vendredi 27 mai, une table ronde aura lieu en présence des différents experts des parties concernées, des experts issus du Conseil Supérieur de la Santé, de l'Institut scientifique de Santé publique (qui dispose des derniers résultats scientifiques), des établissements de transfusion sanguine et d'Unia (précédemment appelé Centre interfédéral pour l'Égalité des Chances), ainsi que des éthiciens, des sociologues et les représentants de l'organisation Lesbian Gay Bisexual Transgender Transexual and Intersex.

Dat zal een lange naam moeten worden, maar het gaat dan ook om heel wat verschillende groepen van personen.

Ils sont invités, à cette occasion, afin d'avoir l'opportunité d'exposer leur point de vue. À la fin de toutes ces conversations, je vais clôturer la séance. Nous déciderons alors de l'étape suivante et de la manière d'y arriver.

Het zal aansluitend zijn, uiteraard rekeninghoudend met de verschillende adviezen van de rondetafel. De wetenschappelijke informatie is er en die kunnen wij gebruiken, maar wij moeten ook weten tot wat het maatschappelijk debat leidt. De reflectie tussen de twee zal daar gebeuren.

Mevrouw Van Peel, wij zullen inderdaad altijd uitgaan van de bekommernis om de veiligheid van de transfusiegeneeskunde in ons land, dat is evident. Wij zullen echter ook trachten de politieke besluitvorming te starten en een analyse te maken van de juridische initiatieven die inzake de reglementering moeten worden genomen.

Wij zullen ook in andere, flankerende, maatregelen moeten voorzien, onder andere inzake de correcte bejegening van de kandidaat-donoren en het vermijden van de discriminatie die zij nu ervaren.

Monsieur Senesael, vous l'avez dit à chaque fois: pour vous, c'est comme une discrimination. Vous êtes en bonne santé, vous êtes prudent et vous voulez aussi donner du sang.

Dan denken wij natuurlijk meer bepaald aan de uitsluitingscriteria, die nu echt voor het leven zijn.

Il n'y a pas beaucoup de choses qui sont valables jusqu'à la fin de la vie, mais cela en est une.

Ik verwacht veel van de rondetafel, want het is ook de eerste keer dat de wetenschappelijke verenigingen, onze beleidsondersteunende organisaties en alle betrokken actoren zich rond dezelfde tafel bevinden. Ik denk werkelijk dat het een stap vooruit zal kunnen zijn. Ondertussen hebben wij natuurlijk ook nog veel bilaterale gesprekken gehad met alle betrokken partijen, niet in het minst met de kruisorganisaties die in ons land de bloedtransfusiediensten organiseren maar ook de verantwoordelijkheid hebben voor de veiligheid van het getransfuseerd bloed.

Ik ben dus hoopvol, niet euforisch, want ik kan niet weten wat er allemaal zal worden gezegd, maar wij hebben er een goed gevoel bij en ik denk dat wij een forse stap vooruit zullen kunnen zetten.

**01.05** **Daniel Senesael (PS)**: Merci, madame la présidente, d'avoir permis que cette question soit débattue.

Madame la ministre, je vais être bien clair. Merci d'abord. Je pense que cette réunion du 27 mai avec les différents participants que vous venez de citer est une étape importante. Quand vous allez conclure cette réunion, madame la ministre, pendant juste trois secondes, pensez à moi! Tout homosexuel n'est pas infidèle. Tout homosexuel n'est pas irrespectueux. Tout homosexuel n'est pas inattentif. Pourquoi une catégorisation pour ce genre de personne? Je rappelle que c'est plus au moins 10 % de la population. Je puis vous dire que je crois en la fidélité, que je suis très respectueux et que je suis très attentif aux autres, voire attentionné. Si vous pouviez penser à cela quand vous allez conclure vos travaux, cela me ferait bien plaisir!

**01.06** **Maggie De Block**, ministre: Je n'en doute pas!

(...): (...)

**01.07** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Hier kan ik niet aan tippen. Hier kan ik werkelijk niet tegenop. Ik wil wel dezelfde beloftes doen qua trouw en dergelijke, maar ik heb andere katten te geselen.

Mevrouw de minister, hebt u, buiten de rondetafel, al advies ontvangen van het FAGG?

Wat is de stand van zaken bij de Belgische universiteiten? Ik heb er begrip voor als u nog wil wachten, omdat dat allemaal meegenomen wordt in de rondetafel,

**01.08** Minister **Maggie De Block**: Ik heb morgen nog een bilateraal contact met een van de betrokken universiteiten. Zij worden alleszins ook geconsulteerd.

**01.09** **Valerie Van Peel** (N-VA): Vergeeft u het mij dat ik mij niet aansluit bij al die persoonlijke ontboezemingen.

Ik zal af en toe nog wel eens denken aan collega Senesael, want ik begrijp natuurlijk wel wat hij bedoelt. Zoals al vaker gezegd in deze commissie, staat niemand hier achter een discriminerende factor in dit verhaal. Die angel moet eruit.

De prioriteit blijft de veiligheid. Dat hoeft niet haaks te staan op het zetten van stappen. Dat betekent echter wel dat de stappen zeer doordacht en goed onderbouwd gezet moeten worden. Ik ben dus zeer blij met het initiatief van die rondetafel. Ik denk dat daar de juiste partners aan tafel zullen zitten om te bekijken wat de beste weg is. Ik vermoed trouwens dat u al wel een paar scenario's in uw hoofd hebt, mevrouw de minister. Wij horen nadien graag meer van u.

**01.10** Minister **Maggie De Block**: Zoals ik al zei aan de heer Senesael, begrijp ik zijn ongeduld. Wij hebben naar een compromis toegewerkt in de bilaterale contacten, maar het zou onrespectvol zijn om een rondetafel te organiseren maar vooruit te lopen op de resultaten.

Ik heb er echt wel een optimistisch gevoel bij en ik denk dat hij vrijdagavond zeer blij zal zijn. Ik zal hem persoonlijk op de hoogte brengen.

**01.11** **Daniel Senesael** (PS): Surtout que, dans dix ans, je vais devoir plaider pour augmenter alors l'âge. *(Rires)*

La **présidente**: C'est sans fin, monsieur Senesael!

**01.12** **Maggie De Block**, ministre: Il n'est jamais trop tard. On a aussi augmenté l'âge pour les pensions.

La **présidente**: Il faut en effet être cohérent jusqu'au bout. On enverra les centres dans les maisons de repos.

**01.13** **André Frédéric** (PS): Il faut en profiter.

**01.14** **Maggie De Block**, ministre: Oui, pour les vider de leur sang!

La **présidente**: Et on les videra de leur sang.

Très bien. En tout cas, nous attendons avec impatience votre mesure.

**01.15** **Maggie De Block**, ministre: Nous avons récemment parlé du projet de loi sur les soins de santé mentale. Et le rire constitue aussi un remède.

La **présidente**: Tout à fait.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**02** Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge des patients polytraumatisés" (n° 10395)

**02** Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van zwaargewonde patiënten" (nr. 10395)

**02.01** **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, je suis désolé d'être arrivé en retard mais la coordination avec la commission d'enquête n'est pas facile.

Madame la ministre, suite aux tragiques événements de ce 22 mars qui ont endeuillé notre pays et à ceux du 13 novembre 2015 à Paris, de nombreuses questions ont été soulevées, dont celle de la capacité de nos hôpitaux à faire face à un flux important de victimes et à une prise en charge optimale de ces patients polytraumatisés. La fusillade de la Place Saint-Lambert à Liège en 2011 l'avait déjà mis en évidence.

Comme vous le savez, les traumatismes graves représentent la première cause de décès des moins de 45 ans au sein des pays industrialisés, et la première cause de décès des moins de 40 ans en Belgique. Ils sont dus principalement à des accidents de la route, à des accidents de travail, sportifs ou domestiques, mais aussi à des agressions à l'arme blanche ou à feu. Ces patients présentent donc des lésions qui menacent leur pronostic vital ou qui sont susceptibles d'engendrer un handicap invalidant important. Dans ses publications, l'Institut national des statistiques faisait état de 7 000 décès par traumatismes, toutes causes confondues, en Belgique en 2012. Par ailleurs, en 2014, 41 481 accidents de la route ont été dénombrés, faisant au total 53 975 victimes, parmi lesquelles 727 personnes ont perdu la vie dans les 30 jours suivant l'accident.

La qualité et la rapidité de la prise en charge du patient traumatisé grave conditionnent inmanquablement la survie de celui-ci et la survenue d'éventuelles complications. Dans les pays où les *trauma centers* existent depuis plusieurs années, on constate une diminution significative de la mortalité et des lésions invalidantes. En Grande-Bretagne, par exemple, depuis la mise en place de ces centres il y a trois ans, la mortalité a chuté de près de 40 %, ce qui est interpellant.

Madame la ministre, la coordination et l'optimisation des soins tels qu'ils sont organisés dans un seul et unique centre disposant de toutes les disciplines, sont apparemment les gages d'une meilleure prise en charge du patient traumatisé grave. Quelle est votre position en la matière? Estimez-vous qu'il pourrait s'agir d'une plus-value dans notre système actuel de soins? Envisagez-vous la mise en place et la reconnaissance de tels centres permettant la prise en charge globale des patients polytraumatisés? Menez-vous une réflexion à cet égard?

**02.02** **Maggie De Block**, ministre: En ce qui concerne la prise en charge des patients polytraumatisés, j'aimerais tout d'abord exprimer mes remerciements à l'égard des préposés, des ambulanciers, des infirmiers et médecins qui ont pris en charge les victimes du 22 mars dernier, mais également toutes les victimes en général.

Quant à la piste des *trauma centers*, j'attends les résultats de l'étude menée par la KCE pour prendre position et savoir si ce type d'institution peut offrir à notre système de soins une plus-value. Il est intéressant que vous abordiez ce sujet. Il faut regarder ce qui se fait ailleurs comme en Grande-Bretagne, par exemple.

L'étude nous donnera beaucoup d'informations. En attendant, regardons ce qui se passe dans nos pays voisins. Il est important de savoir ce qui peut effectivement être fait. Notre système de soins de santé n'est pas le même que celui qui est appliqué en Grande-Bretagne.

**02.03** **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, je partage évidemment ce que vous venez d'exprimer à l'égard du personnel soignant. Je viens de passer des heures à écouter les témoignages d'intervenants du 22 mars. Il y a certainement des choses à améliorer, mais globalement, sur le plan de l'aide médicale, les gens ont fait tout ce qu'ils pouvaient dans des conditions horribles, une véritable situation de guerre, auxquelles même un médecin expérimenté n'est pas préparé.

Ma question était plus générale, même si elle concerne aussi ce type d'événements. J'ai retenu deux éléments très concrets dans votre réponse, madame la ministre. D'abord, quand arriveront les résultats de l'étude du KCE?

**02.04** **Maggie De Block**, ministre: Je poserai la question à mon collaborateur au cabinet, qui dispose de l'agenda.

**02.05** **André Frédéric** (PS): Ce serait gentil de me communiquer la réponse. En termes de rassemblement d'informations, madame la présidente, ne pourrait-on pas déjà essayer de voir comment cela se passe dans d'autres pays comme la Grande-Bretagne, même si je sais que les systèmes de sécurité sociale ne sont pas les mêmes?

La **présidente**: Je suppose que le cabinet et/ou le KCE opèrent aussi un relevé des expériences dans d'autres pays.

**02.06** **Maggie De Block**, ministre: Ils rassemblent tous les exemples issus de nos pays voisins.

La **présidente**: Nous suivrons cela. Si vous pouvez nous communiquer la date de l'avis du KCE, ainsi que l'échéancier global, cela pourrait être intéressant.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

### **03** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Els Van Hoof** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek gepubliceerd in *The Lancet Diabetes & Endocrinology* met betrekking tot diabetes" (nr. 10717)

- juffrouw **Yoleen Van Camp** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een diabetesregister" (nr. 10922)

### **03** **Questions jointes de**

- Mme **Els Van Hoof** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude relative au diabète publiée dans *The Lancet Diabetes & Endocrinology*" (n° 10717)

- Mlle **Yoleen Van Camp** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des cas de diabète" (n° 10922)

**03.01** **Els Van Hoof** (CD&V): Mevrouw de minister, het aantal mensen met suikerziekte is wereldwijd gedurende de voorbije dertig jaar verviervoudigd van 108 miljoen in 1980 tot 422 miljoen in 2014. Dat is een van de elementen uit een groot onderzoeksrapport over diabetes dat *The Lancet* einde maart heeft gepubliceerd. Vooral type 2-diabetes is aan een sterke opmars bezig.

Het rapport geeft België min of meer goede punten, maar zowel de vergrijzing als de verkleuring van de bevolking heeft een effect op suikerziekte en de toename ervan in ons eigen land.

Mevrouw de minister, mijn vragen haken in op het rapport van *The Lancet* en op mijn eerdere vraag over de aflopende diabetesconventie. Graag leg ik u dan ook de volgende vragen voor.

Destijds hebt u benadrukt dat de gesprekken met het RIZIV over de diabetesconventie in de goede richting gingen. Wat is de stand van zaken vandaag? Zijn er reeds knopen doorgehakt?

Betreffende de cijfers van *The Lancet*, hoe zit het met de prevalentie van mensen met diabetes in België? Hierover bestaat immers weinig eensgezindheid.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft al meermaals gevraagd naar een nationaal gecoördineerd plan in ons land. Bent u daarmee bezig? Hoe is de samenwerking met de deelstaten?

Tot slot, onder experts is er om verschillende redenen geen eensgezindheid over het feit dat bepaalde medicatie leidt tot een verhoogde kans op hypoglycemie. Wordt onderzocht welke geneesmiddelen dat zijn? Kan er op dat vlak geen afslanking plaatsvinden van het aantal geneesmiddelen dat vandaag op de markt is?

**03.02** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, mijn vraag is beperkt tot de uitbouw van het diabetesregister, een vraag die al in november 2014 aan bod kwam.

In januari heeft een collega in deze commissie daar nog eens een vraag over gesteld. U hebt toen bevestigd

dat u zulk een register zou uitwerken, samen met een pretraject voor diabetici.

Wat is de stand van zaken, zowel wat betreft de uitbouw van het diabetesregister als van het pretraject? Wanneer zou dat concreet in voege treden?

**03.03** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Hoof, mevrouw Van Camp, in ons land hebben een half miljoen mensen diabetes type 2. Het is toch belangrijk dat er minder patiënten met diabetes type 1 zijn.

Het nieuwe zorgmodel houdende opvolging van een patiënt met diabetes type 2, ook het voortraject genoemd, is in werking getreden op 1 februari 2016. Het heeft als doel om patiënten met diabetes type 2 beter te begeleiden vanaf de diagnosestelling van de ziekte tot de opname in een zorgtraject of een overeenkomst. Wij gaan met andere woorden vroeger ingrijpen, vanaf een verhoogde vaststelling van de glycemie.

Zij hebben meteen recht op terugbetaling van bepaalde dieet- en podologieverstrekingen die de huisarts heeft voorgeschreven. Ook bij de erkenning van de podologen heeft het feit dat zij goede zorgen aan diabetespatiënten kunnen geven en daarmee erger voorkomen, een rol gespeeld.

De nieuwe diabetesovereenkomst zal er zijn op 1 juli 2016, ze zal dan in werking treden. Daarin wordt duidelijk een verschil gemaakt tussen de patiënten met diabetes type 1 en diabetes type 2. De overeenkomst definieert ook de doelgroepen anders dan de huidige overeenkomst. Voor de diabetici met type 1 is in een volledige terugbetaling voorzien indien zij gebruik willen maken van nieuwe meettechnologieën. De patiënten zullen de keuze hebben tussen het gebruik van de klassieke methode en de nieuwe meettechnologieën, waar men veel minder hoeft te prikken. Dat kunnen patches zijn maar ook de pompjes, die tegelijkertijd meten en weten hoeveel zij moeten inspuiten. Er is ook voorzien in de mogelijkheid van een flexibele overgang van de ene methode naar de andere.

De type 2-diabetici zullen in aanmerking komen voor die nieuwe meettechnologieën, maar ze zullen de meerkost ervan zelf moeten betalen. In de praktijk zullen die patiënten echter niet de volledige kostprijs van de nieuwe meettechnologie moeten betalen omdat ze minder klassieke glycemiestrookjes zullen gebruiken. Ook de mindere kostprijs daarvan kan in mindering worden gebracht.

De prijzen in de nieuwe overeenkomst zullen rekening houden met de huidige kostprijs van het materiaal en de nodige diabeteseducatie. Het omgaan met het nieuwe materiaal wordt aangeleerd. Voor de berekening van de prijzen zijn ook het aantal glycemiestrookjes dat de verschillende groepen diabeticipatiënten nodig hebben, opnieuw vastgelegd. Er is geen verplichte registratie van personen met de diagnose 'diabetes' tenzij voor de opvolging van een patiënt met het diabetes type 2 voortraject, het zorgtraject diabetes type 2 en de diabetesconventie.

Het onderzoek naar de gezondheid van de bevolking past in de missie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en voert ook specifiek een aantal onderzoeken uit in het kader van diabetes. Hier zijn onder andere de WIV-Gezondheidsenquêtes van belang en ook de vergelijkende studies van diabetesprevalentie op basis van verschillende bronnen binnen de KU Leuven, Intego en ook de WIV-Huisartenspeilpraktijken.

Ten slotte vindt ook de monitoring plaats van zorgkwaliteit en epidemiologische studies van patiënten met diabetes in een specifieke zorgsetting, zoals de conventies en de zorgtrajecten. Elk van die studies laat toe de prevalentie van diabetes in te schatten met telkens bepaalde voor- en nadelen. Op dit ogenblik is de meest betrouwbare bron om het aantal diabetespatiënten in België te kennen Farmanet. De registratie is verplicht. In 2014 had volgens dit register 549.065 patiënten een medicamenteuze behandeling voor diabetes met minstens 80 *defined daily dose* (DDD).

De data van Farmanet laten niet toe een onderscheid te maken tussen patiënten met diabetes type 1 en met type 2. Aangezien er diabetespatiënten zijn die geen medicamenteuze behandeling hebben, ligt het aantal waarschijnlijk hoger en zijn er nog steeds mensen bij wie de diagnose nog niet gesteld is.

Mevrouw Van Peel, u vraagt naar het opstellen van een nationaal diabetesregister. Welnu, het actieplan e-gezondheid 2015-2018 voorziet in een inventaris en consolidatie van de registers met onder andere een consolidatie van de gegevens van de laboratoria voor klinische biologie. Hiertoe werd binnen het WIV de

dienst Healthdata.be opgericht. Op basis van deze gecentraliseerde gegevens zal de precieze incidentie van het aantal diabetespatiënten gekend zijn.

Met betrekking tot een nationaal diabetesplan, wijs ik erop dat bij het RIZIV een werkgroep van het verzekeringscomité de opdracht heeft om multidisciplinaire geïntegreerde patient center initiatieven voor chronische zorg in de eerste lijn te ontwikkelen, die transversaal over de verschillende zorgsectoren lopen. In eerste instantie zijn deze gericht op patiënten met diabetes type 2 die de meeste gezondheidswinst kunnen boeken bij de voorgestelde interventie.

Deze initiatieven zijn complementair met het plan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

Daarnaast bestaat het protocolakkoord van 21 maart 2016 over preventie. Dat besteedt bijzondere aandacht aan het belang van gezonde voeding bij het voorkomen van diabetes. We bekijken daar dus bijvoorbeeld ook verder de dranken met een te hoog suikergehalte.

Diabetes is en blijft een chronische ziekte die evolueert maar waarbij het vaststaat dat de patiënt voor zijn verdere leven behandeld zal moeten worden. De beschikbaarheid van de verschillende klassen van antidiabetesagentia is bijgevolg een meerwaarde die de arts zal toelaten om een individuele behandeling voor de patiënt te ontwikkelen.

Het doel hiervan is om voor elke patiënt een optimale therapeutische doeltreffendheid te bekomen met zo weinig mogelijk ongewenste nevenwerkingen. Bovendien leidt het onder controle houden van de diabetes tot een betere levenskwaliteit voor de patiënt.

Teneinde de behandeling van diabetespatiënten nog te verbeteren heeft de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen vorig jaar een groepsherziening gedaan wat betreft de vergoedingsvoorwaarden voor de gliptines die werden geharmoniseerd. Momenteel doen ze hetzelfde met incretinemimetica of GLP-1-analogen waarvan het kosteneffectiviteit-veiligheidsrapport er is.

Samengevat kunnen we zeggen dat er in ons land heel veel werk wordt gedaan rond diabetes. Inzake de strijd zijn wij de krachten en de maatregelen eigenlijk aan het bundelen. Het gaat dan om preventieve maatregelen maar ook om behandeling en epidemiologisch onderzoek inclusief de registratie. Het is eigenlijk zo dat wij al een redelijk coherent beleid hebben maar natuurlijk kunnen we dat nog altijd verbeteren. Zoals u gezegd hebt, mevrouw Van Hoof, behoren we tot de betere leerlingen van de klas. Dat betekent niet dat we op onze lauweren kunnen gaan rusten, zoals u ook al hebt gezegd. Wij moeten dit beleid blijven evalueren en waar nodig de kwaliteit ervan blijven verbeteren.

Het is ook zo dat er de laatste tijd heel veel wijzigingen zijn in behandelmethodes, vooral voor kinderen. Vandaar dat we dus ook de middelen opgesplitst hebben. Voor diabetes type 1 gaat het om een kleinere groep met echter duurdere zaken zoals meettoestellen en inspuuttoestellen. Als men echter met een vingerprik bij een kind een even goede controle kan krijgen als met vier, of zelfs zonder, dan betekent dat natuurlijk ook een betere levenskwaliteit voor dat kind. Daar hebben we prioritair naar gekeken. Voor type 2 gaat het meer om medicamenten, opvolging en begeleiding. Ook daarin is er een grote investering gebeurd.

**03.04 Els Van Hoof (CD&V):** Mevrouw de minister, ik dank u voor het uitgebreid antwoord.

Wij zijn inderdaad niet bij de slechtere leerlingen van de klas, maar wij moeten tot de besten behoren. De inspanningen mogen dus worden opgedreven. Iedereen heeft in zijn kennissenkring wel mensen die diabetes type 2 op latere leeftijd hebben gekregen. Dit is dus wel iets waarmee mensen sterk bezig zijn op het vlak van gezondheid en voeding. Meer doorgedreven inspanningen zijn dus nodig.

Als de WHO vraagt om een nationaal plan te maken, betekent dit dat wij daaraan vandaag nog niet voldoen, vermoed ik. Daarover hebt u het niet gehad. U spreekt wel over uw gecoördineerde visie op het niveau van het RIZIV en de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. De vraag is of dit volstaat voor de WHO om als nationaal plan te dienen. Weet u dat?

**03.05 Minister Maggie De Block:** Ik zal het navragen. De coördinatie is er. Ik denk dat dit daar wel zal inpassen.



**03.06 Els Van Hoof (CD&V):** De vraag is dan, als het niet voldoet, waarom het niet voldoet. Misschien kom ik daar in een andere vraag op terug.

Dan de begeleiding van medicatie. Ik heb de indruk dat dit wel gebeurt, maar dat een blijvende alertheid ter zake nodig is, gezien de ontwikkeling van de ziekte.

**03.07 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord en voor de inspanningen die er gebeuren. Die zijn inderdaad heel belangrijk en op verschillende werven aan de gang.

Met betrekking tot het pretraject heb ik begrepen dat de terugbetalingen alleen diëtisten en podologen omvatten. Het is wel een beetje raar dat de diabeteseducator in dat vroeg stadium nog niet is gevat.

Met betrekking tot de WIV-registratie zullen wij, mijn inziens, eindelijk grote vooruitgang boeken. Dat mag zeker ook naar andere terreinen worden uitgebreid. In Nederland heeft men het CBS, het Centraal Bureau voor Statistiek, waar men online alle data over de Nederlanders kan terugvinden. Ik hoop dat wij met een dergelijke registratie in dezelfde richting kunnen evolueren.

**03.08 Minister Maggie De Block:** De diabeteseducator is pas van toepassing als men in de conventie zit. Dat is in een later stadium. Nu heeft men al de diëtisten en de multidisciplinaire samenwerking.

Wij hadden een project met de huisartsen waarbij wij een dag een educator in ons rusthuis laten komen op doorverwijzing. Wij betaalden die met de huisartsenkring met vijf gemeenten naast elkaar. Dat is toch nog een andere zaak. Ik denk niet dat dit al op dit breed traject van toepassing kan zijn.

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

**04 Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques pour la santé à la suite de l'exposition de la population aux champs magnétiques émanant des installations électriques" (n° 10753)**

**04 Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's ten gevolge van de blootstelling van de bevolking aan de magneetvelden van elektrische installaties" (nr. 10753)**

**04.01 Véronique Caprasse (DéFI):** Madame la ministre, la pose de câbles à haute tension sur un territoire communal entraîne invariablement des questions dans le chef de nombreux riverains, qui mettent en évidence le risque d'une exposition à un rayonnement électromagnétique trop important, susceptible de porter atteinte à leur santé. C'est notamment le cas à Schaerbeek, ainsi qu'à Woluwe-Saint-Lambert, où la société Elia a procédé au placement d'un câble en sous-sol et de chambres de connexion dans certains quartiers.

La commune de Schaerbeek a toutefois décidé, en application du principe de précaution, de suspendre provisoirement les travaux d'un des chantiers, au motif qu'elle ne disposait pas de l'assurance que la valeur moyenne de 0,4 microtesla ne serait pas dépassée dans les habitations en cas de mise sous tension.

Cette valeur est rappelée par le Conseil Supérieur de la Santé, plus particulièrement dans son avis n° 8081 du 1<sup>er</sup> octobre 2008, intitulé "Recommandations concernant l'exposition de la population aux champs magnétiques émanant des installations électriques". Il y est stipulé que "compte tenu des incertitudes actuelles, le Conseil Supérieur de la Santé estime que l'exposition aux champs magnétiques émis par les installations électriques doit être limitée, en particulier chez les enfants de moins de 15 ans, et ne devrait pas dépasser la valeur moyenne de 0.4 microtesla".

Le CSS y révèle qu'alors que les niveaux d'exposition types de la population générale se situent entre 0,01 et 0,2 microtesla, 1 à 2 % de la population belge serait exposée à 0,4 microtesla et plus, et en particulier 1,36 % des enfants qui seraient exposés à 0,4 microtesla et plus de par la proximité des lignes et câbles à haute tension.

Il a ainsi été estimé que l'exposition aux champs magnétiques 50 Hz serait responsable de moins de 1 % à 4 % de tous les cas de leucémie infantile dans les pays industrialisés.

Sans préjudice des mesures normatives et réglementaires qui peuvent être prises dans le cas présent au niveau de la Région bruxelloise, Mme la ministre peut-elle me faire savoir, sur le plan de la santé publique, si cette problématique a fait ou fait l'objet d'une analyse approfondie par ses services? Dans l'affirmative, peut-elle me dire si des recommandations précises sont formulées à cet effet en termes de risques potentiels pour la population, au-delà de la brochure présentée par le SPF Santé publique? Ce dossier fera-t-il l'objet d'une concertation avec la ministre de l'Énergie, compétente pour les activités d'Elia, gestionnaire du réseau de transport d'électricité belge? Je vous remercie pour vos réponses.

**04.02 Maggie De Block**, ministre: Madame Caprasse, merci pour votre question. Effectivement, mes services suivent l'ensemble des recherches scientifiques sur l'influence du champ électromagnétique sur la santé, dans les limites des compétences fédérales et des missions qui leur sont dévolues.

C'était un sujet important, à l'époque, quand on commençait à avoir des gsm. On a alors eu beaucoup de questions au sein de cette commission.

Les études scientifiques actuelles n'apportent aucune indication probante selon laquelle une exposition de longue durée à ce type de champ électromagnétique pourrait causer une leucémie infantile. Il n'y a pas de nouveaux éléments à signaler à ce sujet pour le moment et l'OMS n'a pas revu sa position depuis la publication, en 2007, de la monographie sur les effets éventuels sur la santé d'une exposition à des champs électriques et magnétiques de basses fréquences extrêmes. Dans cette monographie, l'OMS recommande de faire appel à des stratégies prudentes mais pas de réduire les valeurs limites figurant dans les normes, compte tenu des incertitudes qui planent sur l'existence des faits.

La mise au point d'une telle stratégie, y compris une analyse préparatoire approfondie, relève effectivement des compétences dévolues aux Régions en matière de protection de l'environnement ainsi que de la compétence de ma collègue fédérale, la ministre de l'Énergie. Néanmoins, nos services sont très attentifs. Dès que quelque chose bouge au sein de l'OMS ou dans un autre pays, en effet, c'est une inquiétude qui revient régulièrement dans cette commission. Elle reste actuelle mais quand on n'a pas de résultats scientifiques probants, on ne sait rien faire. Juste rester prudent.

**04.03 Véronique Caprasse** (DéFI): C'est un dossier un peu compliqué aussi; c'est très technique. Je me devais de poser la question, mais voilà! À chacun de rester attentif et de faire les choses comme il le ressent. Merci, madame la ministre.

La **présidente**: Et à organiser une vigilance, parce qu'il y a vraiment des croisements d'exposition ...

**04.04 Véronique Caprasse** (DéFI): Les gsm sont un bel exemple. On ne connaît pas encore la portée de tout cela sur nos cerveaux.

La **présidente**: Il existe une catégorie de personnes dites "électrosensibles".

Madame la ministre, je poserai ma question à 16 h 45.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**05 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opwaardering van de thuisverpleegkunde" (nr. 10900)**

**05 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la revalorisation des soins infirmiers à domicile" (n° 10900)**

**05.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik stelde al verschillende vragen over dit onderwerp. Ik wil graag terugkomen op een specifieke vraag die ik een tijdje geleden stelde.

Voor het vervangen of spoelen van een heparineslot bij een poortkatheter krijgt een thuisverpleegkundige 4,5 euro, wat de kosten van het materiaal niet eens dekt. Het forfait voor dezelfde handeling in het dagziekenhuis bedraagt een dertigtal euro.

Een ander voorbeeld is het geven van een vaccinatie, die een verpleegkundige nu zonder bijzijn van een arts zal kunnen toedienen. U zult het als arts met mij eens zijn dat na een vaccinatie een observatie van de

patiënt gedurende 15 minuten nodig is, met het oog op mogelijke allergische of anafylactische reacties, die toch een incidentie van 3 op 1 miljoen hebben. Vaccinatie zal in de thuisverpleging terugbetaald worden onder de nomenclatuur injectie, waar een honorarium tegenover staat van een dikke 4,5 euro, dus nog geen 5 euro voor een prestatie die minstens 20 minuten in beslag neemt. Dan spreek ik nog niet over verplaatsings- en andere kosten, die uiteraard niet meegerekend worden. De gemiddelde kostprijs per uur van een verpleegkundige belooft 45 euro, wat, vertaald voor een prestatie van 20 minuten, dus een honorarium van 15 euro zou moeten genereren.

Dit zijn slechts enkele concrete voorbeelden die volgens mij de problematiek heel goed aantonen.

U kondigde aan dat u zou besparen en hervormen in de ziekenhuissector en meer zou inzetten op de transmurale en ambulante zorg. De N-VA staat volledig achter die shift. Ik heb dan ook de volgende vragen voor u.

Hoever staat het precies met uw plannen? Worden zaken als het intraveneus toedienen van antibiotica, het toedienen van parenterale voeding, chemo, dialyse enzovoort ondertussen vaker thuis verricht?

Wij vragen ons ook af op welke manier u nog verder inzet op de shift naar de thuisverpleging. Daarbij vragen wij ons specifiek af of u vindt dat het verschil in verloning voor eenzelfde prestatie — verwijzend naar de voorbeelden die ik heb aangehaald rond geboorte, katheter, vaccinatie enzovoort — aanvaardbaar is? Plant u hier concreet iets aan te doen zodat de thuisverpleegkundige sector, die ons belangrijke besparingen kan opleveren als wij er meer op zouden inzetten, de verdiende en nodige opwaardering krijgt?

Tot slot wil ik ook graag polsen naar de concrete pilootprojecten. Zijn die ondertussen gestart? Ik had vooral schrik dat de thuisverpleegkundigen wel graag zulke pilootprojecten zouden willen opstarten, maar dat zij zouden stoten op een njet van de zorginstellingen, omdat zij dan aan intramurale zorg en dus inkomsten zouden moeten inboeten. Deelt u die vaststelling met mij?

**05.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, u hebt veel vragen, dus u krijgt ook een aantal antwoorden.

Wat de chronische zorg betreft, wordt inderdaad ingezet op transmurale zorgtrajecten. Het is natuurlijk de bedoeling om de pilootprojecten in samenwerking met de thuiszorg maar natuurlijk ook in transmurale samenwerking met de ziekenhuizen op te zetten. Ook voor de hervorming van de ziekenhuizen werken wij met pilootprojecten, met daarin eveneens een belangrijke rol voor de thuisverpleegkundigen.

Na de eerste reeks pilootprojecten rond bevallen met een kort ziekenhuisverblijf, waar er volop een samenwerking met de thuiszorg is voor en na de bevalling, en de aanduiding van zeven pilootprojecten in februari van dit jaar wordt eind deze maand of begin volgende maand nog een volgende projectoproep voor pilootprojecten gelanceerd, namelijk degene die kaderen in de thuishospitalisatie. U weet dat wij, voordat wij tot die onderwerpen kwamen, ook oproepen hebben gedaan om te weten wat de nood op het terrein is en waar de wil om pilootprojecten uit te werken, aanwezig is.

Het project zal uit twee varianten bestaan, namelijk een project specifiek voor de mogelijkheid van intraveneuze toediening van antibiotica en een project waar weer andere voorstellen voor thuishospitalisatie kunnen worden ingediend, zoals intraveneuze toediening, intraveneuze chemotherapie, parenterale voeding of andere.

De projectoproep zal, net als de vorige, ruim verspreid worden en alle geïnteresseerde partijen kunnen voorstellen doen. Vermits deze pilootprojecten passen in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, is het uiteraard noodzakelijk dat het gaat om zorg in de thuissetting, die toelaat om ziekenhuisverblijven in te korten of ziekenhuisopnames te vermijden. Uiteraard zal er dus steeds minstens één ziekenhuis als partner in het pilootproject moeten betrokken zijn. Dat kunnen er ook meerdere zijn.

De projecten zullen kunnen ingediend worden na 15 augustus, want wij moeten natuurlijk de tijd geven aan de mensen om ze te bespreken, om ze te ontwikkelen. In september zullen de geselecteerde projecten bekend gemaakt worden.

Zij kunnen gedurende twee jaar, maximaal drie, als proeftuin fungeren, maar wel met tussentijdse evaluaties. Indien uit deze experimenten voldoende informatie kan bekomen worden om in te schatten hoe dat kan geïmplementeerd worden op grote schaal, dan zullen er natuurlijk belangrijke factoren meespelen,

zoals een betere kwaliteit, dat is althans ons doel voor de patiënt, en meer patiëntentevredenheid. De bedoeling is dat patiënten niet altijd naar het ziekenhuis moeten om daar een aantal uren aan een infuus te liggen en dat dit in de thuissetting kan gebeuren. Sommigen verkiezen dat, anderen niet.

Zoals reeds beschreven in het plan van aanpak, is het de bedoeling om goede zorg te geven op de plaats waar die thuishoort. Zorg die niet in het ziekenhuis thuishoort, moet alle kansen krijgen om ook buiten het ziekenhuis op dezelfde kwalitatieve wijze geleverd te worden. Deze pilootprojecten geven een kans om hiermee ervaring op te doen.

Als wij spreken over thuisverzorging, dan is het natuurlijk zo dat de sector van de thuisverpleegkundigen een belangrijke en gewaardeerde partner hierin is. Het is echter niet de bedoeling dat de thuisverpleegkundigen ingezet worden om bijvoorbeeld mensen te vaccineren of om poortkatheters te spoelen en te vervangen voor zover deze mensen hiervoor zelf naar een artspraktijk kunnen gaan. Thuisverpleegkundigen moeten ook worden ingezet voor de zorg bij mensen die thuis behandeld worden omdat de verplaatsingen, de wachttijden, het contact met andere zieke mensen — zoals u weet is een ziekenhuis de meest besmettelijke plaats — hun geen goed doet.

Anderzijds zal een thuisverpleegkundige die een patiënt opvolgt tijdens een verzorging die reeds plaatsvindt ook de poortkatheter kunnen spoelen of vervangen of een griepvaccinatie toedienen. De thuisverpleegkundige kan daarbij ook de door u vermelde bedragen extra aanrekenen, boven op de prestaties die al uitgevoerd worden.

De verschillende zorgactoren, waaronder de ziekenhuizen, werden uitgenodigd en ingelicht. Er werd hen vriendelijk gevraagd om te participeren, maar natuurlijk werden zij niet gedwongen tot de indiening van een eigen organisatievoorstel voor bevallen met kort ziekteverblijf of thuishospitalisatie. Toch hebben veel actoren actief meegewerkt. Wij werden enigszins het slachtoffer van ons succes, want er kwamen veel meer antwoorden op de projectoproepen dan wij verwacht hadden.

Ik betreur ook — en daarin deel ik uw mening — dat sommige ziekenhuizen vanwege financiële redenen niet zouden willen deelnemen aan de pilootprojecten, omdat die de zorg deels buiten de ziekenhuismuren brengt. Als wij echter de pilootprojecten implementeren, dan zullen de ziekenhuizen geen keuze meer hebben maar ingeschakeld moeten worden. In verband met het kort ziekenhuisverblijf kan ik wel zeggen dat echt heel veel ziekenhuizen en ziekenhuisketens deelgenomen hebben.

Redenen voor niet-deelname zijn niet enkel van financiële aard. Ik denk namelijk dat mevrouw Dedry ervan kan getuigen dat er heel wat werk mee gepaard gaat. Sommigen zien misschien op tegen het werk en hebben misschien beslist om deel te nemen vanaf het moment dat het geheel uitgewerkt is en geïmplementeerd kan worden.

**05.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, wat u zegt over de pilootprojecten, is hoopvol. In de eerste plaats moeten de ziekenhuizen natuurlijk willen instappen in de pilootprojecten, maar wij zullen nog zien of er zich inderdaad problemen voordoen.

Inzake het verschil in loon wil ik nog toevoegen dat het niet de bedoeling is dat een thuisverpleegkundige standaard dergelijke zaken zal toedienen, maar wel in het kader van een thuisbezoek. De zaken die opgesomd zijn, gelden namelijk ook in de ziekenhuizen en ook daar gaat het om een supplement dat vergoed wordt bovenop de ligdagprijs. Het verschil tussen de sector van de thuisverpleging en de ziekenhuissector blijft wel groot.

Ik denk dat er ook op dat vlak nog werk is weggelegd voor de opwaardering van de thuisverpleging. Het loon voor prestaties zou aantrekkelijker gemaakt moeten worden. Dat zou naast de pilootprojecten ook een shift bewerkstelligen naar meer zorg in de thuissector. De verschillen tonen aan dat er nog veel marge bestaat om het niveau van het verlonen op te trekken tot het niveau in de andere sector en tegelijk toch nog besparingen te verwezenlijken.

**05.04 Minister Maggie De Block:** Voor de moeder-kindtrajecten hebben wij de vergoedingen voor de zorg en de vroedvrouwen gevoelig opgetrokken. Bovendien wordt de voorbije tien jaar elk jaar 7 % meer geïnvesteerd in de thuisverpleging en wij blijven daarin investeren. Er is altijd nog werk te doen, maar er wordt een veel grotere inspanning gedaan voor de thuisverplegingssector dan de groei. Uw partij wil die groei nog afremmen en lager leggen dan de 1 % waarmee ik moet werken.

Gelieve ook eens terug te koppelen naar uw eigen partij. Ik heb een groei van net 1 % voor heel het domein. Als een sector al met 3 % tot 7 % gaat lopen dan moet ik dat besparen op de rest. Het is een geweldige uitdaging om die evenwichtsoefening tot een goed einde te brengen. Ik ben bereid die oefening te doen. Ik zeg dikwijls dat dit mijn droomdepartement is, maar het is niet mijn droombudget. Dat is de realiteit van elke dag.

**05.05 Yoleen Van Camp (N-VA):** Als ik daar toch even mag op repliceren, want dit is een bal die u al vaker in dit soort van discussies naar ons hebt teruggekaatst. Ik zal mijn antwoord dan ook herhalen.

Ik meen dat er in de gezondheidszorg bijzonder veel besparingen te rapen zijn als wij de verspillingen aanpakken en niet zozeer als wij budgetten lineair gaan beknootten, zeker niet op het vlak van de thuisverpleging. Dit is bij uitstek een eerstelijnssector die onze politieke partij altijd heeft gesteund. Als men de groei in die sector bekijkt dan is dit niet verwonderlijk vermits hierop meer wordt ingezet. Dat zegt ook niets over de individuele verloning van de thuisverpleegkundige. Het gaat om een stijging van het totaal aantal prestaties. Hadden die prestaties zich op het niveau van de ziekenhuizen gesitueerd, om maar iets te zeggen, dan zou het totale groeipercentage van het totale budget nog veel hoger liggen.

Het lijkt mij dus niet echt correct om de stijging binnen die sector rechtstreeks te koppelen aan de stijging van het totale budget. Nog meer inzetten op thuisverpleging en het budget laten evolueren door af te bouwen in andere sectoren, kan volgens mij nog meer besparingen opleveren. U zult daarvoor in onze partij een partner vinden.

**05.06 Minister Maggie De Block:** Ik zeg u dat er maar één lineaire besparing is gebeurd en dat is bij de nefrologie in de ziekenhuizen. Voor de rest gaat het over reallocaties van budgetten — verspilling, te veel werking, oneigenlijk gebruik — naar andere diensten. Dat is een beweging die wij blijven doen. Ik geef u daarin gelijk.

Ik kan u echter niet volgen als u zegt dat als de globale stijging van het budget slechts 1 % is, dat niet de rekening maakt van de verpleegkundigen.

Nogmaals, ik kan een euro slechts eenmaal uitgeven. Als er een stijging van 1 % is, moet ik een evenwicht vinden tussen alle departementen. Er zijn departementen waar de stijging niet eens een halve procent bedraagt, en daar zijn ook noden. In die departementen moeten er ook reallocaties gebeuren binnen het bedrag van 23, 6 miljard. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de noden op het terrein, zoals bijvoorbeeld het terugbetalen van nieuwe zaken. Voor de terugbetaling van bijvoorbeeld de medicatie voor hepatitis C is het budget overschreden. Het is en blijft een hele uitdaging. Dat is interessant en ik wil dat blijven doen, maar het is niet zo eenvoudig als u voorstelt.

**La présidente:** Mesdames, si vous le permettez, nous poursuivrons une discussion plus approfondie au moment de l'examen du budget. Nous sommes dans le cadre des questions orales. La question et la réponse doivent totaliser 5 minutes maximum. Or, je pense que nous avons largement dépassé le temps imparti. Le dernier mot est à Mme Van Camp. En ce qui concerne les questions suivantes, il conviendra d'être plus concise.

**05.07 Yoleen Van Camp (N-VA):** Op dat vlak verschillende wij dus van mening.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**06 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kinderthuiszorg" (nr. 10903)**

**06 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins pédiatriques à domicile" (n° 10903)**

**06.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Terwijl er voor de kinderzorg in de ziekenhuizen kwaliteitsvereisten bestaan — er kunnen alleen specifiek opgeleide kinderverpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel Pediatrie/Neonatologie aan de slag — vervalt die kwaliteitseis blijkbaar, eens een kind naar huis gaat met nog noodzaak aan verpleegkundige verzorging. Het maakt dan blijkbaar niet meer uit of de verpleegkundige pediatrisch is opgeleid of niet.

Nochtans moeten kinderen conform artikel 8 van het charter over de tien rechten van het zieke kind, dat België in 1988 heeft ondertekend, worden behandeld en verzorgd door medisch, verpleegkundig en ander personeel dat speciaal voor de zorg aan kinderen is opgeleid en beschikt over de kennis en de ervaring die nodig zijn om ook aan de emotionele eisen van het kind en het gezin tegemoet te komen.

In de thuiszorg wordt dat artikel momenteel genegeerd, terwijl verschillende studies aantonen dat goede en specifiek opgeleide verpleegkundigen de kwaliteit van zorg naar boven brengen en een positief effect hebben op morbiditeit en mortaliteit.

De aanleiding voor deze vraag is het feit dat onze noorderburen daaraan wel gevolg hebben gegeven en sinds enige tijd wettelijk verplichten dat ernstig zieke kinderen die thuis worden verpleegd, door een kinderverpleegkundige worden verzorgd.

Mevrouw de minister, vanwaar het verschil in regelgeving met betrekking tot kindverzorging in de ziekenhuis- en thuiszorgsector? Bent u van plan om de regels concreet met uw hervormingsplannen gelijk te trekken?

Wat vindt u van het Nederlandse voorbeeld? Bent u van plan dat te volgen? Waarom wel of niet?

**06.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, in de zorgprogramma's in de ziekenhuizen is inderdaad opgenomen dat er enkel voor de dienst spoed, oncologie en pediatrie minimale vereisten zijn op het vlak van de specialisatie van de verpleegkundigen. Die normen voor personeelsomkadering in de ziekenhuizen zijn na de zesde staatshervorming een deelstaatbevoegdheid geworden.

In de thuisverpleging zijn dergelijke normen niet van toepassing. Wel bestaan er voorwaarden voor diabeteseducatie, de mogelijkheid van een consult van een referente wondzorg voor specifieke wondzorg en de vereiste liaison met referente palliatieve zorg indien een verpleegkundige een patiënt met een palliatief statuut verzorgt.

Wat de thuisverpleging betreft, kan er altijd in de overeenkomstencommissie thuisverpleging een voorstel gedaan worden om de nomenclatuur te koppelen aan een specialisatiegraad van een verpleegkundige. Wij streven inderdaad een kwalitatieve zorg na door sterk opgeleide personen in te zetten, maar dat moet ook organisatorisch haalbaar zijn. We kunnen enkel aanmoedigen dat er gespecialiseerde verpleegkundigen in de pediatrie te werk gesteld zijn in de thuiszorg. We kunnen hun niet opleggen om de zorg voor de kinderen op zich te nemen, en ook als mogelijke referentiepersoon te functioneren bij het coachen en beter opleiden van collega's.

Er zijn momenteel geen plannen in de hervorming om het Nederlandse voorbeeld te volgen.

**06.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): De reden hiervoor is niet aan de orde gekomen. Maar ik zal de suggestie aan de overeenkomstencommissie herhalen.

**06.04** Minister **Maggie De Block**: De beroepsorganisaties moeten nu eenmaal voorstellen formuleren, waarna die in de commissie besproken kunnen worden.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**07** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een taalttest voor tandartsen" (nr. 10906)**

**07** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un examen linguistique pour les dentistes" (n° 10906)**

**07.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, deze vraag slaapt ook reeds een tijdje aan. Ik heb hierover reeds vragen gesteld. Het gaat over het grote aantal buitenlandse tandartsen dat zich hier komt vestigen.

Toen ik u laatst die vraag stelde, zei u dat in het kader van de omzetting van de Europese richtlijn een reflectie plaatsvond over de taalvoorwaarden om zich in dit land te vestigen als gezondheidszorgbeoefenaar en over de mogelijkheid van het inrichten van een taalttest voor buitenlandse gezondheidszorgbeoefenaars.

U zei toen dat die reflectie nog steeds bezig was.

Hoever staat het hier nu mee?

Ook hier kijk ik naar onze noorderburen. Uw Nederlandse collega Schippers heeft aangekondigd dat er in Nederland zo'n taalttest zal worden ingericht. Plant u dat ook?

**07.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, mijn diensten werken voort aan de omzetting van de Europese richtlijn uit 2013 met betrekking tot de gezondheidsberoepen, die de richtlijn van 2005 betreffende de erkenning van de beroepskwalificaties wijzigt. De publicatie van het besluit dat die richtlijn omzet, na aan de Raad van State voorgelegd te zijn, is voor een van de komende weken.

Die richtlijn van 2005 en de richtlijn van 2013 die deze wijzigt, hebben tot doel de mobiliteit van gezondheidswerkers te vergemakkelijken, maar leggen ook de nadruk op de veiligheid van de patiënt. Krachtens die twee richtlijnen wordt van de gezondheidsbeoefenaars die de erkenning van beroepskwalificaties in ons land of een toelating voor tijdelijke dienstverrichting genieten, geëist dat ze over de talenkennis beschikken die voor de uitoefening van hun beroep vereist is.

In het kader daarvan voorziet de gewijzigde richtlijn in de mogelijkheid om migranten die een gezondheidsberoep in België willen uitoefenen, ook talenkenniscontroles op te leggen. In voorkomend geval moeten die controles zich beperken tot de kennis van een officiële taal van de ontvangende lidstaat en in verhouding blijven tot de uit te oefenen activiteiten.

In dit stadium kan alleen de kennis van één landstaal, ongeacht dewelke en helemaal los van de plaats van vestiging van de migrant, het voorwerp van een controle uitmaken.

Ik wil wel verwijzen naar artikel 7, § 2, van de wet van de patiëntenrechten van 2002. In dit artikel staat ook dat de patiënt recht heeft op communicatie in een duidelijke taal die ook schriftelijk kan worden opgevraagd. Het spreekt voor zich dat de voorwaarde van duidelijkheid alleen kan worden vervuld indien men de taal die de zorgverstrekker gebruikt ook machtig is en begrijpt.

Nu de patiënt conform dezelfde wet de vrije keuze van zorgverstrekker heeft, kan ervan worden uitgegaan dat indien een patiënt zou ervaren dat hij niet in een duidelijke taal wordt geïnformeerd, hij of zij ook naar een andere zorgverstrekker kan gaan, dan wel te beslissen bij de desbetreffende zorgverstrekker te blijven omdat hij of zij het toch aanvaardbaar vindt en diens expertise waardeert.

Nederland heeft natuurlijk dezelfde omzetting van richtlijn. Alleen hebben zij slechts één officiële landstaal.

**07.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dat het niet gemakkelijk is met drie landstalen is een zaak, maar om dan helemaal niets te doen is toch een andere zaak. Om dan te verwijzen naar de rechten van de patiënt en de vrije keuze en dat het vaak gaat om een acute situatie of om zaken waarin de patiënt zelf niet het belang inziet, vind ik ondermaats. Het gaat niet alleen om acute situaties, maar bijvoorbeeld ook om het nemen van rx-beelden bij iemand die zwanger is. Als de informatie dan niet goed is begrepen, kan men moeilijk zeggen: u was vrij om iemand anders te kiezen die u beter begreep.

**07.04** Minister **Maggie De Block**: Ik zeg niet dat er niets gaat gebeuren. Ik zeg dat het voor een van de volgende weken is, na advies van de Raad van State dat al werd gevraagd. Dat betekent niet dat ik niets aan het doen ben, mevrouw Van Camp. Echt waar, er zal een omzetting van de richtlijn komen. Ik zeg alleen dat het moeilijker is om dit te doen in een land met drie landstalen dan in een land met één landstaal.

**07.05** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Het is geruststellend dat er iets gebeurt. Wij zullen dit opvolgen.

La **présidente**: Votre objectif est-il de faire passer les dispositions avant les vacances?

**07.06** **Maggie De Block**, ministre: Oui.

La **présidente**: Nous pourrions donc bientôt en rediscuter.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**08 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "profielencommissies" (nr. 10909)**

**08 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les commissions de profils" (n° 10909)**

**08.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Ook deze vraag gaat al een tijdje mee, mevrouw de minister. Begin januari stelde ik u al een vraag over het opdoeken van de profielencommissies. U beaamde toen dat het RIZIV zijn processen in het kader van een optimalisatie- en efficiëntiestrategie herzielt en in dat kader die commissies had opgedoekt. De controle en fraudebestrijding zouden in 2016 wel worden geïntensifieerd, door een hervorming van de DGEC en de antifraudecommissie, opgestart in 2015, en met een cel Doelmatige zorg. Ik dacht dat de cel Doelmatige zorg als doel had te bekijken welke zorg niet of minder opportuun is en op dat vlak zorgverstrekkers te sensibiliseren, zoals u ook antwoordde op mijn vraag daarover.

Ik zou dus graag duidelijkheid krijgen over wat nu precies het doel is van de cel Doelmatige zorg. Is het doel de opportuniteit van behandelingen te evalueren en zorgverstrekkers te sensibiliseren om meer EBM te werken of is het doel de fraudebestrijding en controle van zorgverstrekkers voor zijn rekening te nemen? Of is het doel tweeledig?

U zegt dat de controle en fraudebestrijding in 2016 geïntensifieerd zouden worden, door een hervorming van de DGEC en de antifraudecommissie. Om welke hervorming gaat het precies? Kunt u daarover wat meer zeggen? Op welke manier wordt er geïntensifieerd? Worden daar extra middelen en/of personeel voor uitgetrokken?

**08.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, de oprichting van cel Doelmatige zorg binnen het RIZIV is opgenomen in de bestuursovereenkomst 2016-2018 tussen het RIZIV en de federale staat, meer bepaald in artikel 35. De actieverbintenissen zijn het opstellen van een plan van aanpak en de organisatie van de cel, het oprichten van een samenwerkingsplatform met alle gezondheidssectoren en het opstellen van een actieplan inzake doelmatige zorg.

Op 9 februari heb ik een schrijven gericht aan de voorzitters van de algemene raad en het verzekeringscomité binnen het RIZIV, met de vraag om binnen de algemene raad een taskforce op te richten die als doel heeft de momenteel vastgestelde overschrijding van de initiële begroting gezondheidszorg 2016 te remediëren. De taskforce werd gevraagd begin juni 2016 een lijst van maatregelen voor te leggen om de initieel toegekende begrotingsenveloppe te kunnen handhaven. Zowel doelmatige zorg als fraudebestrijding zijn opgenomen in de werkzaamheden van de taskforce. Hoewel er duidelijk linken zijn tussen de aanpak van doelmatige zorg en fraude zijn het twee verschillende domeinen, die elk andere technieken vragen.

Het bevorderen van de doelmatigheid gebeurt via een wetenschappelijke *approach* en de aanpak van fraude via het installeren van controletechnieken.

De cel Doelmatige zorg zal haar activiteiten focussen op het bevorderen van het rationeel verantwoord gebruik van de middelen in de gezondheidszorg, op basis van onderzoek, wetenschappelijke analyse, het bepalen van kwaliteitsindicatoren en het in kaart brengen van de huidige praktijken.

Het doel is en blijft *evidence based medicine* binnen de diverse disciplines van de gezondheidszorg te accentueren.

De taskforce zal op termijn eveneens een actieplan ontwikkelen voor fraudebestrijding in de gezondheidszorg. Dit plan zal zich richten op meerdere invalshoeken. Het zal gaan om een aantal preventieve maatregelen die fraude bemoeilijken of de bestrijding ervan faciliteren en om het ontwikkelen van een methodiek die bestaande en nieuwe reglementering evalueert op het vlak van fraudegevoeligheid. Er zal ook een analyse gebeuren van de huidige instrumenten die ter beschikking zijn in de fraudebestrijding, naast de eventuele bijsturing ervan en de ontwikkeling van nieuwe instrumenten om de effectiviteit te verhogen.

Binnen de werkzaamheden van de taskforce zijn reeds een aantal prioritaire actiepunten inzake fraudebestrijding opgelijst, zoals het aanpakken van vastgestelde misbruiken bij de derde-betalersregeling en een betere controle van de *outliers* in alle disciplines. Ook bij andere actoren moeten instrumenten voor



fraudebestrijding ontwikkeld worden.

Er zijn trouwens ook kritische succesfactoren, zoals de beschikbaarheid van recente facturatiegegevens in de gezondheidszorg en een vlotte gegevensuitwisseling en samenwerking tussen het RIZIV en de ziekenfondsen. Daar zijn we ook voor de nodige samenwerking aan het zorgen.

Zoals u zelf aanhaalt in uw vraag, is de beschikbare capaciteit eveneens van groot belang. Een succesvolle strategie gaat gepaard met het inzetten van de nodige mensen en analysecapaciteit, zowel bij de ziekenfondsen als bij het RIZIV. De taskforce neemt het element "beschikbare capaciteit" dan ook mee in zijn werkzaamheden en in de uitwerking van het actieplan.

De krachten zijn dus gebundeld in de taskforce. Iedereen zit daar aan de tafel. De gegevens komen daar ook bijeen. Er wordt een systematische samenwerking ontwikkeld. Het is ook voor het eerst dat alle actoren het erover eens zijn dat fraude moet worden voorkomen waar mogelijk en dat fraude moet worden aangepakt en gesanctioneerd als zij toch voorkomt.

**08.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Dat is veel duidelijker. Ik dank u.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**09 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation des détenus atteints de troubles psychiques" (n° 10915)**

**09 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van gedetineerden met psychische problemen" (nr. 10915)**

**09.01 Daniel Senesael (PS):** Madame la ministre, fin mars, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements dégradants (CPT) publiait son rapport sur la Belgique à la suite de la visite de ses représentants qui s'est déroulée du 24 septembre au 4 octobre 2013. Cette visite avait notamment pour objectif d'évaluer la politique de détention des internés au sein des annexes psychiatriques des prisons.

Selon ce rapport, "ces structures prévues pour un accueil temporaire et transitoire ne sont, en principe, pas adaptées à la prise en charge prolongée de patients psychiatriques". Parmi les nombreux manquements observés dans plusieurs de nos établissements pénitentiaires, étaient pointés du doigt la durée de séjour dans les annexes psychiatriques, souvent supérieure à deux ans, ou encore le manque préoccupant de médecins psychiatres et de personnel multidisciplinaire.

Cette situation est-elle ne peut plus problématique dans la mesure où, dans la plupart des cas, ces conditions de détention ont notamment pour conséquence d'aboutir à une nouvelle détérioration de la santé mentale de ces détenus.

Madame la ministre, des mesures concrètes sont-elles envisagées afin de répondre aux manquements soulevés par les membres du CPT? Il me semble que des contacts ont été pris avec votre collègue le ministre de la Justice, M. Geens, concernant les conditions de détention des personnes atteintes de troubles psychiques. Qu'en est-il ressorti? Des décisions ont-elles été prises ou envisagées suite à ces échanges? Si oui, pouvez-vous nous les détailler?

**09.02 Maggie De Block, ministre:** Monsieur Senesael, je vous remercie. Je souhaite avant tout signaler que vos questions dépassent mes attributions en tant que ministre de la Santé publique. Je dispose de données et informations nécessaires pour répondre à vos questions uniquement dans la mesure où celles-ci ne concernent pas les conditions de détention des détenus, étant donné qu'elles relèvent des compétences du ministre de la Justice, M. Geens.

Néanmoins, je peux vous informer qu'au niveau de la Santé publique, en collaboration avec la Justice, l'objectif est de ne plus détenir en prison tous les internés. Afin de réaliser cet objectif, le flux de patients devrait être plus aisé à tous les niveaux et ce, également dans le circuit régulier. Dans cette optique, la Santé publique a mis en place un plan pluriannuel. Dans ce cadre-là et en vue de la mise en place du trajet de soins pour les patients psychiatriques médico-légaux, je collabore étroitement avec la Justice. L'objectif général est d'offrir à tous les internés présents et futurs, petit à petit, une prise en charge de qualité en

dehors des établissements pénitentiaires en combinant traitement et accompagnement en vue de la meilleure réinsertion sociale possible.

Pour ce faire, un trajet de soins en psychiatrie médico-légale s'impose, ce trajet comprenant un programme de soins réalisé à l'attention de groupes cibles spécifiques (les adultes à haut, moyen et faible risque; les personnes handicapées mentales dans les prisons mais aussi les délinquants sexuels) dans une zone d'action concrète, en principe du ressort de la cour d'appel, par un réseau de prestataires des soins dans le secteur des soins de santé mentale, c'est-à-dire les hôpitaux psychiatriques, les centres ambulatoires de soins de santé mentale, en collaboration avec des prestataires de secteurs connexes comme les structures pour personnes handicapées.

Avec notamment les institutions de Rekkem, de Zelzate, de Bierbeek, de Sint-Niklaas, de Beernem et de Sint-Truiden pour la Flandre, Titeca pour Bruxelles, Tournai et Dave pour la Wallonie, nous disposons déjà des soins intensifs avec un encadrement en personnel élevé, ce qui permet un flux de patients vers le circuit de soins réguliers.

Des coordinateurs du trajet de soins pour les internés du SPF Santé publique et des coordinateurs du circuit de soins externes du SPF Justice ont été désignés pour chaque cour d'appel. Ils travaillent de concert en ce qui concerne la formalisation de l'organisation et des collaborations au sein des circuits de soins.

En outre, une phase de ce plan a trait à l'implémentation d'une équipe mobile du trajet de soins pour les internés par la cour d'appel, en juillet 2013. Cette équipe mobile participe dans le cadre de l'objectif du plan évoqué ci-dessus.

Pour ce faire, elle travaille en amont en collaboration avec la justice et au sein des prisons afin de préparer les internés à leur transfert. Cette préparation est globale et porte sur différents aspects de cinq fonctions de la réforme en matière de soins en santé mentale pouvant intégrer la prise en charge. Cette équipe travaille également en aval en octroyant son aide et son soutien dans les hôpitaux, les établissements en service substitutif du domicile pour libérer des lits et places pour des internés venus des prisons.

Les soins de haute sécurité pour internés se développent à travers deux centres psychiatriques médico-légaux. Pour les soins pour les internés de sécurité faible, les équipes médico-légales des centres de santé mentale se mettent en place.

Une action accrue est accordée au développement de soutien d'experts pour les CSM sans équipe médico-légale car eux aussi sont confrontés à des internés.

Pour ce qui concerne le plan pluriannuel ainsi que l'achèvement des travaux des deux centres psychiatriques médico-légaux, la réalisation réduira davantage le nombre des détenus atteints de troubles psychiques dans les prisons.

Actuellement, 800 internés se trouvent encore en prison. Après l'ouverture d'un centre de psychiatrie légale à Anvers et la mise en place des projets déjà approuvés du plan pluriannuel internement, ce sont 30 places pour séjour de longue durée aux Marronniers à Tournai, et 30 places pour séjour de longue durée à Bierbeek qui sont déjà ouvertes.

Pour les femmes, vingt places supplémentaires ont déjà été ouvertes à Zelzate et cinq au Chêne aux Haies. Il faut souligner le fait qu'il y a moins de besoins en la matière pour les femmes que pour les hommes.

Du côté flamand, 250 internés sont encore en prison et, du côté wallon, encore 450. C'est pour cette raison que la justice s'est attachée à juste titre dans son Masterplan III sur les prisons, à la problématique de l'internement. Le gouvernement a demandé à poursuivre la mise en place d'un masterplan sur l'internement. La Santé publique a demandé à la Justice de proposer conjointement un masterplan internement mettant l'accent sur les soins sur mesure et s'attachant au transfert des patients d'un établissement à un autre.

Nous pouvons ainsi aborder la problématique de l'internement dans son ensemble et veiller à ce que chaque détenu puisse bénéficier de soins sur mesure.

Il est vrai que, durant de nombreuses années, il n'avait pas été possible, dans notre pays, aux deux ministres compétents de travailler ensemble sur cette matière. Je ne sais pas pourquoi, je n'y suis pour rien,

je n'y étais pas. Mais aujourd'hui, nous sommes passés à l'acte et il y a des résultats sur le terrain. Il faut se rendre compte qu'il y a 800 patients dans les prisons, ce qui n'est pas rien! Ces places sont également coûteuses; dès lors nous essayons de travailler en termes de reconversion de places. Il faudra, néanmoins, toujours investir des moyens supplémentaires. Il est vrai que ce groupe de patients a été longtemps oublié et, pendant cette législature, l'effort supplémentaire devra être fait. Je suis contente d'avoir pu collaborer avec le ministre de la Justice concernant le Masterplan III relatif aux prisons mais aussi aux internés.

**09.03 Daniel Senesael (PS):** Madame la présidente, ma réplique sera brève.

Madame la ministre, je suis content que la réponse ne relevait pas de vos compétences parce qu'elle était de qualité. Je vais donc continuer à poser des questions qui ne sont pas de votre compétence, madame la ministre, comme cela au moins, j'aurai des réponses précises et concises. Je vois en tout cas que vous prenez à cœur cette problématique. Je vous en remercie sincèrement.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**10 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hospitalisatieduur ingevolge de plaatsing van een heupprothese" (nr. 10917)**

**10 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la durée d'une hospitalisation à la suite de la pose d'une prothèse de hanche" (n° 10917)**

**10.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uit een studie van de CM blijkt een groot verschil in de praktijken, zoals de gemiddelde ligduur, tussen de verschillende ziekenhuizen na een heupprothese. Gemiddeld is dat 8 dagen, maar één ziekenhuis hospitaliseerde patiënten dubbel zolang, namelijk 17 dagen, en een andere instelling zelfs driemaal zolang, namelijk 24 dagen. Bij een andere instelling belandde 81 % van de patiënten nadien op de dienst INZO.

Wordt de ligduur voor al die ziekenhuizen telkens volledig vergoed, ook de verblijven op INZO? Er zijn vaak verschillende patiëntprofielen binnen de ziekenhuizen, maar de verschillen zijn wel zeer opvallend.

Wordt er gecontroleerd of de opnames op INZO en de veel langere gemiddelde ligduur een verantwoorde basis kennen, bijvoorbeeld op basis van de zorgzwaarte? Dat zijn toch gegevens die beschikbaar zijn.

Hoe vaak wordt er zo gecontroleerd, op welke manier en door wie? Als de grote verschillen niet te verklaren zijn, welke gevolgen worden daaraan gegeven?

Plant u in het algemeen om daar concreet paal en perk aan te stellen en een betere gelijkschakeling van de parameters te bekomen? Op welke manier en wanneer zult u een dergelijke verspilling concreet aanpakken?

**10.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, ik kan u meteen geruststellen. Het is al jaren geleden dat de ziekenhuizen nog werden gefinancierd op basis van de reële verblijfsduur voor elke patiënt of op basis van de eenheid waar de patiënt verblijft. Dat werd toen de ligdagprijs genoemd.

In essentie krijgt elk ziekenhuis een identieke financiering in het BFM, gebaseerd op de pathologiegroep en de ernstgraad van de patiënt. Meer concreet, de invloed van de ligduur van de pathologie op de financiering van de ziekenhuizen wordt teruggevonden in het onderdeel B2 van het budget van de financiële middelen. Daarbij wordt elke gehospitaliseerde patiënt en ook deze met de heupprothese ingediend in de zogenaamde Diagnosis-Related Groups, DRG's. Aan elk verblijf wordt een aantal verantwoorde dagen toegekend, naargelang de DRG waartoe de patiënt behoort. Soms verhoogt de verantwoorde ligduur door de leeftijd van de patiënt, de ernstgraad van de oorzaak van de heupprothese. Als iemand bijvoorbeeld valt en zijn heup breekt, dan is er een traumatische oorzaak. Dat is een verschil met een patiënt die met een intacte heup naar het ziekenhuis gaat voor een heupprothese.

Voorts bestaan er eventueel nog comorbiditeiten, zoals patiënten met diabetes of stollingsstoornissen enzovoort.

Deze verantwoorde dagen worden per DRG bepaald via een ingewikkeld algoritme, doch in essentie komt dit neer op de gemiddelde ligduur van deze DRG in alle Belgische ziekenhuizen. Het zijn enkel deze

verantwoorde dagen die worden gefinancierd. Bijgevolg hebben langere ligduren voor deze instellingen geen betere financiering tot gevolg, aangezien zij volgens de gemiddelde ligduur van de DRG gefinancierd worden.

Wat echter wel het verschil in verblijfsduur kan verklaren, is het feit dat sommige ziekenhuizen over een revalidatieafdeling beschikken en andere niet. Indien het revalidatieverblijf doorgaat in hetzelfde ziekenhuis als waar de operatie plaatsvond, kan het ziekenhuis inderdaad een langere verblijfsduur toekennen voor deze pathologie. Gaat de revalidatie door in een andere instelling, dan is de verblijfsduur voor de heupprothese in het algemeen ziekenhuis uiteraard korter.

Of een opname op een eenheid intensieve zorgen al dan niet nodig is na een heupprothese behoort tot de verantwoordelijkheid van de arts, die dit moet bepalen per patiënt en afhankelijk van de graad van ernst en de kans op verwikkelingen gezien de comorbiditeit.

De pathologie van de patiënt bepaalt de DRG en bijgevolg de gefinancierde ligduur en niet de eenheid waarin deze patiënt terechtkomt. De FOD voorziet in audits van deze MZG-registratie, zowel ter plaatse als steeds meer op basis van datamining, waar zij dus koppelingen kunnen maken in de gegevens en er ook de *outliers* uit kunnen halen. Die krijgen dan een extra controle.

Wij zijn al ver van de vroegere financiering en wij zijn nu ook in staat om meer en betere controles uit te voeren als blijkt dat patiënten in sommige ziekenhuizen langer verblijven. Ik meen dat wij die weg moeten voortzetten.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**11** **Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évolution du cancer de la thyroïde chez les enfants à la suite de l'accident de la centrale de Tchernobyl" (n° 10758)**

**11** **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie van het aantal gevallen van schildklierkanker bij kinderen ten gevolge van het ongeval in de kerncentrale van Tsjernobyl" (nr. 10758)**

**11.01** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, le 26 avril dernier, nous célébrons le 30<sup>ème</sup> et triste anniversaire de la catastrophe de Tchernobyl.

Cinq médecins de l'hôpital de Mont-Godinne ont publié récemment une étude, sous la direction du Pr. Luc Michel, démontrant que les cancers papillaires de la thyroïde ont augmenté chez les enfants qui avaient moins de 15 ans en 1986, lorsque le nuage radioactif est passé au-dessus la Belgique. Cette étude démontre que 2 349 patients nés avant avril 1986 ont été opérés à Mont-Godinne pour des lésions de la thyroïde entre avril 1986 et avril 2015. Les patients souffrant de cancers papillaires de la thyroïde et qui, à l'époque avaient moins de quinze ans sont beaucoup plus nombreux (19,5 %) que ceux qui avaient dépassé cet âge à la même époque. L'étude montre également que les taux de cancers ne diminuent pas avec le temps; le temps de latence pour développer ce cancer induit par les radiations pouvant être très long.

Cette étude de longue durée ne couvre malheureusement pas l'ensemble du territoire belge et le Pr. Michel souligne que ni le Registre du Cancer créé en 2008, ni le rapport du KCE sur les types de cancers de la thyroïde ne tiennent compte de l'âge des patients, ni n'abordent les liens éventuels avec le passage du nuage radioactif.

En Belgique, il n'existe pas d'étude à long terme couvrant la totalité du territoire. C'est seulement suite à une étude allemande publiée en 2007, qui couvrait une très longue période et s'intéressait aux enfants ayant vécu dans les environs d'une centrale nucléaire, que la Belgique a décidé, en 2002, de réaliser une étude sur cinq ans (2007-2012). Celle-ci a abouti à la conclusion qu'il n'y avait pas d'augmentation du nombre de cas de cancers de la thyroïde.

Néanmoins, le Conseil Supérieur de la Santé, dans son rapport 2016, préconise que l'on reproduise ce type d'étude sur une longue durée, vu la période de latence importante pour ce type de cancer.

Enfin, en sous-commission Sécurité nucléaire, le 13 avril dernier, un expert a mis en évidence le fait qu'en

cas d'accident nucléaire avec la nécessité d'intervenir de manière intensive, nous risquerions d'être confrontés à une déstructuration de nos soins de santé au détriment de nombreux patients hospitalisés qui parfois ont besoin de soins importants, ce indépendamment d'une exposition à des radiations.

Madame la ministre, n'est-il pas urgent, notamment au regard de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé, de lancer ce type d'étude sur l'ensemble du territoire, ce pour une longue durée, en tenant compte des dates de naissance, ainsi que du passage du nuage radioactif de 1986? N'est-il pas urgent de réaliser une étude sur l'état de santé de la population autour des sites nucléaires portant sur une plus longue durée, comme l'ont fait les Allemands pour disposer de résultats plus fiables que ceux dont nous disposons actuellement?

**11.02 Maggie De Block**, ministre: Monsieur le président, chère collègue, l'article du Pr. Michel porte effectivement sur l'évolution du cancer de la thyroïde sur les enfants. Il convient néanmoins de replacer cette étude dans le bon contexte.

Cette étude a pour objectif d'examiner une éventuelle relation entre la prévention des carcinomes papillaires de la thyroïde et l'âge des enfants, en Belgique, au moment où s'est produit l'accident de Tchernobyl, à savoir en avril 1986.

Les patients inclus sont issus d'un centre universitaire en chirurgie endocrinienne. La population étudiée est composée de 2 349 patients qui avaient été opérés à la suite d'une lésion de la thyroïde entre avril 1986, au moment de l'accident de Tchernobyl, et octobre 2015. L'étude décrit principalement l'expérience de 30 ans d'un chirurgien.

Pour la période de 2012 à avril 2015, les opérations ont été effectuées par deux autres chirurgiens pour les mêmes indications et à l'aide des mêmes techniques chirurgicales et facilités pathologiques.

Le résultat principal de l'étude concerne l'*outcome* de deux groupes. L'incidence du cancer de la thyroïde chez les patients de plus de 15 ans en avril 1986 (le groupe 1) est comparée à celle des patients de moins de 15 ans au moment de Tchernobyl.

En d'autres termes, l'étude décrit l'évolution des opérations de lésions thyroïdiennes et le nombre de cancers qui ont été constatés par la suite chez les patients opérés sur une période de trente ans dans un hôpital spécifique. On ne peut pas établir de lien avec Tchernobyl sur la base de ces résultats. Hormis la période avant et après avril 1986, l'étude ne reprend aucune donnée sur les précipitations liées à Tchernobyl. Aucun autre élément co-variant n'a été analysé.

Il ressort des résultats du groupe des plus de 15 ans qu'il n'y a eu aucune opération de cancer thyroïdien avant avril 1986. À partir de 1986, l'hôpital compte plus d'opérations de lésions thyroïdiennes. Un cancer thyroïdien a été constaté dans certains cas. Il est important de tenir compte d'une éventuelle distorsion des résultats due à une sélection. Durant la période d'avril 1986 à octobre 2015, 36 cas de cancer thyroïdien ont été constatés chez des patients de moins de 15 ans dans l'hôpital en question dont quatre cas en 1999 et 5 entre 2000 et 2002.

Parmi ces 36 cas, l'indication chirurgicale était le goître nodulaire dans 32 cas, la maladie de Graves dans deux cas et le goître multinodulaire volumineux avec la thyroïdite de Hashimoto aussi dans deux cas.

Les résultats indiquent également que le nombre de cancers thyroïdiens a augmenté de manière substantielle chez les patients opérés ayant moins de 15 ans et ce, depuis l'introduction de certains marqueurs permettant de poser un diagnostic de cancer.

En réponse à votre deuxième question, je suis en mesure de vous confirmer qu'une étude épidémiologique est en cours en Belgique, afin de vérifier si le fait d'habiter près d'un site nucléaire belge a un impact sur la santé. Cette étude se base sur les données du Registre du Cancer. En 2012, les résultats ont été présentés au Parlement belge. Ils étaient basés sur les données relatives au cancer 2000-2008 pour la Flandre et 2004-2008 pour Bruxelles et la Wallonie, ces derniers ayant démarré plus tard.

En 2012 également, il a été décidé de mettre à jour ces résultats une fois que les données relatives au cancer seraient disponibles pour une plus longue période en Belgique.

L'étude que vous mentionnez avait des mérites, certes, mais on ne peut extrapoler tous les résultats

enregistrés - c'est un centre - pour toute la Belgique. Les registres du cancer font état de résultats universels. Ils sont donc plus représentatifs.

**11.03 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Lui-même affirme qu'il ne peut se baser que sur des personnes qui habitent dans sa région. Il n'y a pas de relevé similaire sur le reste du territoire qui établit un lien avec l'âge (moins de 15 ans ou plus de 15 ans en 1986): le problème est que nous n'avons pas les données sur l'ensemble du territoire.

Poser cette question sur l'ensemble du territoire, comme il le demande, me semble intéressant en mettant en évidence l'atteinte, ou non, de l'âge de 15 ans en 1986 pour les personnes qui ont développé un cancer de la thyroïde et de continuer à croiser ces données avec celles qui devraient être établies de manière permanente.

Vous affirmez que l'étude qui concerne les personnes habitant autour des sites nucléaires devait être poursuivie sur base des données incluses dans le Registre du Cancer. Nous savons qu'il a fallu du temps pour que ce registre soit établi.

Est-ce que cela signifie qu'aujourd'hui dans le Registre du Cancer, on dispose des données pour toutes les personnes qui ont un cancer, avec leur âge, la zone d'habitation et le type de cancer? On pourrait donc mener une recherche en croisant les différentes données.

**11.04 Maggie De Block**, ministre: C'est une étude épidémiologique qui est en cours sur base des données reprises dans le Registre du Cancer.

**11.05 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Et cette étude est permanente?

**11.06 Maggie De Block**, ministre: Oui.

**11.07 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Il y a sans doute des moments où on peut se pencher sur ce que cette étude permanente révèle?

**11.08 Maggie De Block**, ministre: C'est cela. Dès que des résultats significatifs apparaissent.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**12 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "oligodontie" (nr. 10921)**

**12 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'oligodontie" (n° 10921)**

**12.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mensen met oligodontie hebben een erfelijke aandoening waardoor ze geen of minder tanden hebben.

Die aandoening staat los van de verzorging van het gebit. De enige duurzame oplossing zijn tandimplantaten. Ik heb gelezen dat die blijkbaar niet volledig worden vergoed. Waarom worden die niet volledig vergoed? Zijn er plannen om dit te herbekijken?

**12.02 Minister Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, in eerste instantie bestaan er voor patiënten, bij wie meerdere definitieve tanden ontbreken, uitzonderingen op de algemene vergoedingsregels voor orthodontie en uitneembare prothesen, waardoor zij een extra tussenkomst kunnen genieten.

Het gaat om specifieke regelingen die worden gecreëerd om de kosten voor tandzorg bij deze patiënten te verlichten. Tandimplantaten worden slechts in heel beperkte mate vergoed door de verplichte verzekering.

Voor personen bij wie meerdere definitieve tanden ontbreken, gewoon omdat ze niet zijn gevormd, is een beperkte tussenkomst mogelijk na het akkoord van het college van geneesheren-directeurs. In geval van oligodontie is er een maximale terugbetaling van 2 251,49 euro voor zes implantaten. Dit is een beperkte

terugbetaling die niet kostendekkend is als het om meer dan zes ontbrekende tanden gaat.

Maatregelen voor een betere terugbetaling zullen moeten worden overeengekomen met de representatieve beroepsorganisaties. Het voorzien in een volledige of meer uitgebreide vergoeding voor implantaten in geval van oligodontie kan enkel door daarvoor extra financiële middelen vrij te maken of compenserende besparingen door te voeren. Dat is een van die oefeningen waarmee wij bezig zijn.

De terugbetaling voor oligodontie is recent: daar is nog maar twee of drie jaar terugbetaling voor. Er is gekozen voor zes tanden omdat dit de mogelijkheid laat in implantaten te voorzien en dan toch nog een gebit daaraan te bevestigen zodat de mensen toch wel terug een volledige mond met tanden hebben. Ik zeg dit, omdat het de indruk zou kunnen wekken dat we maar zes tanden inplanten en verder de gaten laten bestaan. Dat is niet de bedoeling.

**12.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Ik begrijp dat er dus een mogelijkheid is om te bespreken of die terugbetaling uitgebreid kan worden als er dan in andere portefeuilles gecompenseerd kan worden. Dank u.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

La **présidente**: La question n° 10926 de Mme Muylle est transformée en question écrite.

**13 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "biomedicijnen" (nr. 10939)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "biomedicijnen" (nr. 10952)

**13 Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bio-médicaments" (n° 10939)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bio-médicaments" (n° 10952)

**13.01 Karin Jiroflée (sp.a):** Mevrouw de minister, mijn vraag is kort. Zij gaat over biologische medicijnen, die vaak peperduur zijn. Als ik het goed begrijp, loopt dit land een beetje achter inzake het goedkoper maken van *biosimilars*.

Biologische geneesmiddelen bevatten biologische actieve stoffen en zijn voor sommige aandoeningen als huidziekten, kankers en longaandoeningen, een stuk doeltreffender dan de klassieke geneesmiddelen die gebaseerd zijn op chemische componenten.

Omdat biologische middelen lastiger te produceren zijn, zijn zij vaak duurder. De zogenaamde generieken van de biomedicijnen, de biosimilaire medicijnen, zouden een oplossing kunnen bieden.

Ik heb begrepen dat specialisten hun bezorgdheid uiten over het feit dat de prijs van de originele medicijnen drastisch naar beneden gaat zodra het patent verstreken is. Daardoor zouden bepaalde *biosimilars* geen kans krijgen, en zou de concurrentie niet spelen.

Klopt het, mevrouw de minister, dat er een probleem is in de sector van de producenten van *biosimilars*? Zo ja, wat zijn daarvan de oorzaken volgens u?

Meent u dat dit een negatieve invloed heeft op de prijszetting, en bijgevolg nadelig is voor het budget en de patiënten? Of heeft het een positieve invloed? Ik weet het eigenlijk niet.

Hebt u hierover reeds overleg gehad met Febelgen? Zo ja, wat waren de resultaten? Zo neen, plant u zo'n overleg?

Maakt dit deel uit van het farmapact? Plant u maatregelen? Zo ja, welke?

**13.02 Minister Maggie De Block:** Dat farmapact heet het Toekomstpact. Er was duidelijk bepaald dat er een pact met de farmaceutische industrie over *biosimilars* zou komen. Dat is dan ook gebeurd. Wij hebben een

convenant afgesloten in januari van dit jaar, een soort gentleman's agreement met het oog op het stimuleren van deze biomedicijnen.

Dat convenant, dat in december 2015 is gemaakt, maar in januari 2016 is gedoopt, is ondertekend door de betrokken wetenschappelijke artsenverenigingen, de vertegenwoordigers van de ziekenhuisapothekers en de vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie, zowel de generische industrie, dus Febelgen, als pharma.be.

Het convenant houdt in dat de arts in elk geval voor 20 % van de nieuwe patiënten, de zogezegde bionaire patiënten, een *biosimilar* overweegt.

Het is ook niet voor iedereen mogelijk.

België heeft inderdaad een historische achterstand, die, enerzijds, te wijten is aan de terughoudendheid van de artsen, maar, anderzijds, ook is geïnspireerd door de kortingen die door de farmaceutische industrie aan de ziekenhuizen worden gegeven. Dat werd ook al vermeld in het KCE-rapport uit 2013.

Van het convenant en zijn implicaties op het terrein is in een eerste evaluatie voorzien in juli 2016. Wij horen nu dat op het terrein steeds meer ziekenhuizen overgaan tot het opnemen van die *biosimilars* in hun formularium. Dat is een eerste stap. Zij moeten voor het leveren van biosimilars ook een tender uitschrijven. Daarbij is de wetgeving voor de overheidsopdrachten van kracht. Dat moet er ook toe leiden dat het ziekenhuis het goedkoopste alternatief kan aankopen.

Er beweegt dus echt wel iets op het terrein. Die onderhandelde gentlemen's agreement, indien ik dat zo mag stellen, is een stap in de goede richting geweest.

**13.03 Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u hartelijk voor uw antwoord. De kwestie wordt mij heel wat duidelijker.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

*La réunion publique de commission est levée à 17.07 heures.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.07 uur.*