

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 26 APRIL 2017

Namiddag

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

du

MERCREDI 26 AVRIL 2017

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.14 uur en voorgezeten door juffrouw Yoleen Van Camp.

La réunion publique de commission est ouverte à 14.14 heures et présidée par Mlle Yoleen Van Camp.

De **voorzitter**: Mevrouw de minister, voor het paasreces werd een hele reeks mondelinge vragen omgezet in schriftelijke vragen. We hebben daar nog steeds geen antwoord op ontvangen. Wanneer mogen wij dat verwachten?

Minister **Maggie De Block**: Ik zal dat navragen. Mijn kabinetsmedewerker wacht nu nog op een aantal antwoorden. De administratie heeft ook amper gewerkt tijdens het paasreces. Wij hebben die vragen allemaal doorgestuurd, maar zij moeten ook allemaal worden vertaald. Omgezette vragen worden in de taal van het lid of in de twee talen beantwoord. Antwoorden op schriftelijke vragen moeten ook nog worden vertaald.

De **voorzitter**: In principe wel, maar was er ter zake geen afspraak gemaakt?

Maggie De Block, ministre: Une trentaine de questions étaient inscrites à l'agenda et ont été transformées en questions écrites. La réponse est toujours rédigée dans la langue de la question. Quand des questions sont jointes – et en l'occurrence, il y en a beaucoup –, la réponse est rédigée dans les deux langues. Lorsqu'une question est transformée en question écrite, il faut faire traduire le tout dans la langue du membre qui a posé la question.

De plus, cela s'est passé juste avant les vacances de Pâques. L'administration était un peu débordée et n'a pas beaucoup travaillé après. Je poserai la question à mon collaborateur. En ce moment, il est à mon cabinet car nous avons encore reçu plus de trente questions hier à 11 h 00.

De **voorzitter**: Ik had begrepen dat met de diensten was overeengekomen dat die vragen niet vertaald hoefden te worden, maar rechtstreeks konden worden bezorgd. Dat was precies de voorwaarde, maar we zullen dan nog geduld oefenen.

01 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het kadaster van de zorgverleners" (nr. 15951)

01 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cadastre des prestataires de soins" (n° 15951)

01.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, de cijfers die u als antwoord gaf op een eerdere vraag van mij over het aanbod van huisartsen in de Kempen en hun graad van deconventionering – vraag die ik heb ingediend naar aanleiding van een artikel in de *Artsenkrant* dat het heeft over een tekort in onze regio – kloppen allerm minst met de praktijk. Noch de cijfers over het aantal artsen, noch die over hun graad van deconventionering zijn juist.

Ik geef een concreet voorbeeld. Volgens de cijfers die ik van uw diensten mocht ontvangen, zouden er in

Vosselaar 20 huisartsen aan de slag zijn. Dat aantal is daar zelfs in de voorbije jaren nooit aan de slag geweest, laat staan de helft. Vandaar mijn vragen.

Zijn uw cijfers gebaseerd op het recente dynamische kadaster voor artsen en huisartsen? Als dat niet het geval is, zou dat verklaren waarom er nog fouten in de cijfers zitten. Hoe dan ook is er in het geval van Vosselaar een verschil van meer dan de helft. Hoe verklaart u het verschil in cijfers met de situatie in de praktijk? Worden bedrijfsartsen meegerekend? Welke is de methodologie? Hoe komt men momenteel tot die cijfers?

Een bijkomende grote tekortkoming is dat er geteld werd op basis van het correspondentieadres en niet het werkadres van de arts. Waarom worden die gegevens niet verzameld? Het lijkt me als wetenschapper dat er gemakkelijk een kolom aan de databank met die gegevens kan worden toegevoegd. Het is toch essentieel om te weten waar onze zorgverleners aan de slag zijn. Wordt het werkadres van de artsen en huisartsen in het dynamische kadaster mee geregistreerd?

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mijn antwoord is ook een aanvulling bij de vraag die u ingediend had op 4 november 2015 en gepubliceerd werd onder K0543.

In verband met de methodologie, het RIZIV neemt voor zijn conventiestatistieken momenteel alle artsen in rekening die gesignaleerd staan als actief in zijn gegevensbestanden. Dat gaat dus over artsen, maar ook over artsen in opleiding die voorschriften mogen uitschrijven. Die zijn dus ook terug te vinden in de cijfers over de regio in kwestie, waar ze hun domicilie kunnen hebben.

Een veel gedetailleerdere analyse van het activiteitsprofiel van artsen in de Kempen vindt u in het vorig najaar verstrekke antwoord met kolommen op uw vraag K0543, dat ook werd gepubliceerd.

Bovendien loopt er een project bij het RIZIV om de praktijkadressen van de zorgverleners systematisch te verzamelen en te registreren. De omschakeling van thuisadres naar praktijkadres zal pas kunnen gebeuren op het moment dat men van iedereen het praktijkadres heeft. Eenmaal het RIZIV over een volledig en up-to-date bestand beschikt, zullen die praktijkadressen gebruikt worden in plaats van contactadressen voor statistische doeleinden.

De Planningscommissie werd met dezelfde problematiek geconfronteerd. Zij beschikt niet over de praktijkadressen en daarom heeft zij zich moeten behelpen met de thuisadressen van de artsen, die niet altijd in dezelfde provincie, laat staan hetzelfde land zijn.

Eens die gegevens allemaal zijn verzameld, zal ook de Planningscommissie gebruikmaken van de praktijkadressen.

Men is er dus mee bezig; de kwestie wordt wel degelijk ernstig genomen.

01.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ook al sloot mijn vraag inderdaad aan bij een eerdere schriftelijke vraag, zij ging verder door op de methodologie. Het klopt dat u in dat antwoord al wat informatie had gegeven omtrent de methodologie. Zo had u al meegedeeld dat ook de HAIO's worden meegeteld. Maar zelfs dan nog klopt het aantal voor Vosselaar niet. Daar zijn geen vijftien HAIO's aan de slag.

Ik hoop dat een en ander nog verder op punt gesteld kan worden en dat geteld wordt op basis van het werkadres, want dat lijkt me de oorzaak te zijn.

Het door u aangehaalde project juich ik zeker toe.

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

02 **Question de Mme Özlem Özen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de vaccins antitétaniques"** (n° 17238)

02 **Vraag van mevrouw Özlem Özen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebrek aan tetanusvaccins"** (nr. 17238)

02.01 Özlem Özen (PS): Madame la présidente, madame la ministre, depuis le mois de mai 2016, il apparaît qu'une pénurie touche les vaccins antitétaniques à destination des enfants de 5 à 7 ans, et cela plus particulièrement dans le circuit "officine".

Prévu initialement pour janvier 2017, le retour des doses en pharmacie a désormais été postposé au mois de septembre 2017. En conséquence, de nombreux patients n'ont pu ou ne pourront recevoir leur rappel de vaccination antitétanique dans les temps et sont ou seront dès lors contraints de recommencer l'entièreté de leur parcours de vaccination.

L'origine de cette pénurie serait due à une rupture de stock chez les fournisseurs du produit à l'été 2016. Depuis, les pharmaciens sont dans l'incapacité d'obtenir le fameux vaccin. On comprend aisément l'inquiétude des patients et des parents. Il convient dès lors de leur apporter une solution rapide et pérenne. Il semble en effet que cela ne soit pas la première fois qu'une telle pénurie survienne pour ce type de vaccin.

Madame la ministre, quelle solution envisagez-vous pour mettre fin à cette pénurie? Quand ce problème pourra-t-il être réglé? En cas de contraction de la maladie par l'enfant, qui endosserait la responsabilité?

02.02 Maggie De Block, ministre: Madame Özen, je vous remercie pour votre question. La firme Sanofi Pasteur Europe, et plus particulièrement le fabricant français, rencontre des problèmes pour fabriquer le vaccin Tetravac destiné à la vaccination. C'est une dose de rappel pour les enfants de 5 à 7 ans contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite. Il s'agit d'un problème technique relatif au contrôle de qualité du médicament entraînant une augmentation considérable de sa durée de production. Ce problème de production touche tous les pays européens et les doses produites doivent dès lors être réparties entre les différents pays, ce qui explique la disponibilité limitée du vaccin.

Dans le but de pallier l'indisponibilité temporaire sur le marché belge, la firme Sanofi Pasteur a obtenu, auprès de l'AFMPS, depuis mai 2015, plusieurs dérogations pour l'importation et la distribution en Belgique d'un vaccin alternatif: le Tetravac acellulaire et le Tetraxim destiné à l'origine à d'autres marchés européens. Ces vaccins importés en quantité limitée sont réservés à la Fédération Wallonie-Bruxelles ainsi qu'à la Communauté flamande pour les utiliser dans le cadre du programme de vaccination de l'ONE et de Kind en Gezin. Ces vaccins importés sont identiques au Tetravac belge en ce qui concerne leur contenu antigénique et leur contenu en excipients. La firme met tout en œuvre, en collaboration avec les autorités françaises, pour résoudre le problème aussi vite que possible et revenir à un approvisionnement normal de l'ensemble des marchés européens.

Veuillez également noter qu'il existe d'autres vaccins autorisés et commercialisés en Belgique qui combinent la vaccination contre le tétanos avec d'autres vaccinations comme la diphtérie, la coqueluche et la poliomyélite.

Le Conseil supérieur de la Santé recommande en effet une vaccination de rattrapage antitétanique et antidiphtérique associée ou non à la coqueluche et/ou à la poliomyélite en fonction de l'âge et de la primo-vaccination reçue.

Les différents vaccins de vaccination de rattrapage antitétanique qui sont actuellement disponibles en Belgique sont: la vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche, Boostrix de GlaxoSmithKline indiqué à partir de quatre ans, le vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la poliomyélite, Revaxis de Sanofi indiqué à partir de six ans, et le vaccin contre le tétanos et la diphtérie, Tedivax pro Adulto, également de GlaxoSmithKline et qui est indiqué à partir de sept ans.

On a quatre ou cinq vaccins similaires. Le temps nécessaire à Sanofi de restaurer leur production comme avant, je pense qu'il faut prendre ces vaccins. Ils sont disponibles en Belgique. Il y en a assez. Il n'existe pas de problème de vaccination antitétanique en Belgique. Votre information pourra être utile mais normalement, nous avons pris toutes les mesures nécessaires pour éviter une pénurie.

Le problème est en France dans leur ligne de production mais leur distribution se fait dans toute l'Europe. Nous avons pris encore plus de mesures que les autres. Il y a quatre vaccins qui sont aussi efficaces et nous avons donné une dérogation pour l'importation et la distribution en Belgique des deux vaccins alternatifs, en surplus. Il faut donc prendre les autres vaccins.

02.03 Özlem Özen (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

J'entends bien qu'il s'agit d'un problème de production qui a touché la Belgique, comme d'autres pays européens.

Toujours est-il que certaines personnes n'ont pas pu se procurer ce vaccin. Par ailleurs, les patients n'ont pas été informés par leur médecin de l'existence de ces fameux produits alternatifs. Ce faisant, cela a engendré des frais supplémentaires. En effet, certaines personnes ont suivi le processus normal en se rendant chez leur médecin traitant à qui elles ont dû payer la consultation pour recevoir une prescription. Et trois mois plus tard, le vaccin n'étant pas encore disponible, elles ont été obligées d'aller le consulter une deuxième fois.

Je suis heureuse d'apprendre qu'il existe un vaccin alternatif ainsi qu'un vaccin de "rattrapage" pour ceux qui n'ont pas été vaccinés dans les temps. Mais qui paie ce vaccin?

02.04 Maggie De Block, ministre: Normalement, en cas de problème de stockage, les médecins sont informés par l'AFMPS. Il y a un site web. De plus, le pharmacien peut également informer ses clients. Quand six alternatives existent, je ne vois pas pourquoi le patient doit encore attendre trois mois.

02.05 Özlem Özen (PS): Dans ce cas, l'information n'est pas bien passée.

02.06 Maggie De Block, ministre: J'ai déjà dit à plusieurs reprises qu'il s'agit de professionnels de la santé et que ces derniers doivent pouvoir s'informer concernant les alternatives en vue de la protection du patient. Il est important que les enfants puissent recevoir leur rappel.

02.07 Özlem Özen (PS): Je vais évidemment transmettre l'information.

Il n'en reste pas moins qu'en définitive, ce sont les patients, en l'occurrence des enfants, qui pâtissent de la situation, sans oublier que cela leur coûte plus cher parce que les professionnels n'ont pas fait leur travail. Il faudrait qu'à l'avenir ce genre de situation ne se reproduise plus.

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

De **voorzitter**: Mevrouw de minister, voor we verder gaan, wil ik nog even informeren naar de stand van zaken in verband met vragen die vóór het paasreces in schriftelijke vragen werden omgezet. De antwoorden daarvan zijn nog niet aan het secretariaat bezorgd.

02.08 Minister Maggie De Block: Er is inderdaad een probleem geweest om die vele vragen te verwerken. De persoon die de vragen moest verzamelen, is een week afwezig omwille van het overlijden van zijn vader. Niemand anders kan zijn taak overnemen omdat dit een redelijk ingewikkelde zaak is. Het zal voor volgende week zijn.

De **voorzitter**: Goed, dat noteren wij dan zo.

03 Questions jointes de

- **M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dons d'organes" (n° 17332)**
- **Mme Veerle Heeren à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la numérisation du don d'organes" (n° 17549)**

03 Samengevoegde vragen van

- **de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "orgaandonatie" (nr. 17332)**
- **mevrouw Veerle Heeren aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de digitalisering van orgaandonatie" (nr. 17549)**

De **voorzitter**: Mevrouw Heeren is niet aanwezig en heeft niets laten weten. Dan vervalt haar vraag.

03.01 Gautier Calomne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, en 2015, 998 transplantations d'organes ont été réalisées en Belgique, soit 150 de plus qu'au cours de l'année précédente. Ce taux en

progression résulte des efforts consentis par différents acteurs pour sensibiliser davantage la population au don d'organes, à l'image des campagnes nationales organisées par les services du SPF Santé publique ou encore via les actions diverses entreprises au quotidien par les coordinateurs de transplantations, les associations de familles de donneurs et les associations de patients transplantés.

Bien qu'encourageant, ce taux demeure toutefois insuffisant. En effet, au 31 décembre 2015, 1 288 patients étaient encore inscrits comme candidats à une transplantation dans notre pays. Parmi eux, on estime à 112 le nombre de patients qui sont malheureusement décédés, en attente de greffe ou écartés de la liste d'attente pour des raisons médicales.

Il est donc impératif de poursuivre les efforts entrepris jusqu'à présent.

Madame la ministre, pouvez-vous nous communiquer l'état actualisé de la situation concernant les dons d'organes? Quelles sont les mesures retenues, en synergie avec les autres niveaux de pouvoir, pour informer, sensibiliser et inciter le grand public à s'enregistrer en qualité de donneur potentiel?

S'agissant des frais financiers qui peuvent s'imposer à un donneur malgré l'intervention de l'assurance obligatoire de soins de santé, le gouvernement a déjà pris des mesures fortes pour en limiter l'étendue. Toutefois, des mesures complémentaires sont-elles envisagées? Dans l'affirmative, lesquelles?

03.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Calomne, en 2017, un peu plus de 710 donneurs potentiels ont été référés au centre de transplantation de référence. Parmi eux, 321 ont, en effet, été prélevés. Cela représente 28,4 donneurs par million d'habitants. Bien qu'insuffisant pour répondre aux nombreuses demandes, ce chiffre porte néanmoins notre pays aux premières places du classement européen en termes de prélèvement d'organes.

Le non-prélèvement d'organes chez certains donneurs potentiels s'explique notamment, pour 35 %, par des contre-indications médicales motivées par la mauvaise qualité des organes ou l'âge élevé des donneurs; pour 13 %, par le refus des familles, ce qui témoigne, au demeurant, de la nécessité de poursuivre les campagnes de sensibilisation auprès du grand public; pour 1,5 %, par des refus repris dans le registre national – il s'agit de personnes qui hésitent d'abord, puis font enregistrer leur refus – et, pour 1 %, par des refus provenant de la magistrature en raison d'une mort suspecte.

Les chiffres relatifs aux listes d'attente (transplantation et décès) figurent dans les tableaux que je vais vous transmettre. Le total enregistré s'élève à 1 250. Les transplantations qui ont eu lieu sont au nombre de 69 et de 118, tandis que les décès repris sur lesdites listes concernent environ 107 personnes. On constate donc une variation entre les tableaux.

Enfin, signalons également, comme l'indiquent les chiffres ci-dessus, que le nombre de donneurs vivants est en progression. Ainsi, pour le foie, en 2015, on en comptait 57 et, pour cette année, leur nombre s'élève à 67. S'agissant des reins, il y en avait 33 en 2015 et 46 en 2016. L'augmentation est donc patente.

De nombreuses collaborations existent entre le SPF Santé publique et différentes instances, comme les Communautés, les Régions, les villes et les communes. Depuis plusieurs années, une vaste campagne de sensibilisation est menée dans le cadre des élections communales et régionales. Les communes ont été invitées à permettre aux citoyens de manifester leur volonté en matière de don d'organes en se rendant aux urnes. Cette action avait pour nom "Je vote pour la vie". Ces actions connaissent un succès grandissant dans toutes les Régions du pays. À la fin de ce mois, en Wallonie, se déroulera la campagne "Télédon", que je soutiens. L'année passée, à la suite de cette action, un grand nombre de personnes se sont enregistrées dans les communes. Cette année, la campagne se fera avec encore plus de communes. J'espère que le succès sera au rendez-vous.

Très récemment, un décret a été adopté en Wallonie prévoyant que les communes doivent assurer la présence d'un agent communal afin d'enregistrer les éventuelles déclarations ou oppositions relatives aux dons d'organes lors de toutes les élections. En vue des prochaines élections communales, une étroite collaboration entre l'administration fédérale et le Service public de Wallonie se met en place. Mon administration prend aussi des initiatives afin d'inviter les communes bruxelloises et flamandes à se joindre à l'action "Je vote pour la vie", comme lors des élections en 2014.

Dorénavant, en cas de donneur décédé, aucun frais n'est porté à charge de ses proches. S'agissant des

donneurs vivants, un nouvel arrêté royal sera publié dans les semaines prochaines. Celui-ci prévoit d'exonérer le donneur du ticket modérateur pour toutes les prestations réalisées dans l'année suivant l'hospitalisation pour le don ainsi que pour les consultations et prestations de biologie clinique et radiologique jusqu'à la dixième année suivant le don, que ce soit lié au prélèvement ou non.

Une compatibilité est évidemment indispensable pour que le don puisse avoir lieu.

Comme avec toutes les actions, je pense qu'il faut les répéter sans cesse et, comme cela a été fait avec l'action Télédon, il importe d'élargir le champ. Une campagne, si elle fonctionne dans une commune, pourrait être relayée dans une autre commune.

03.03 Gautier Calomne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse complète et circonstanciée. J'ai pris bonne note des chiffres que vous évoquez. Même si nous pouvons nous réjouir d'être parmi les meilleurs au niveau européen, le nombre de donneurs reste quand même très faible. Vingt-huit donneurs par million d'habitants, c'est quand même un chiffre qui interpelle en regard du grand nombre de demandeurs en attente. Comme vous l'avez dit, cela nécessite un effort de la part de tous.

Je me réjouis d'apprendre l'existence d'un lien très fort avec les communes. Les entités locales peuvent servir de relais et nous pouvons nous appuyer sur elles dans ce domaine. Il est important que les pouvoirs locaux soient associés à de telles démarches.

Je prends aussi bonne note du nouvel arrêté royal que vous avez mentionné. Il est important de travailler en ce sens. Les pouvoirs publics jouent aussi un rôle important par rapport à cette question fondamentale.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les complications du diabète de type II" (n° 17399)

04 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de complicaties van diabetes type II" (nr. 17399)

04.01 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, fin 2016, une enquête belge avance que 50 % des Belges de plus de 45 ans pourraient souffrir d'un diabète d'ici dix ans. Actuellement, c'est près de 600 000 Belges qui souffrent d'un diabète de type II. Ce diabète a de nombreuses complications: hypertension, maladies cardio-vasculaires, perte de vue, problèmes aux pieds, insuffisance rénale. Il peut également impacter la sexualité de la personne suite à des problèmes du système nerveux. Certaines de ces conséquences semblent moins connues ou passées sous silence et c'est pourquoi, madame la ministre, j'aimerais connaître la situation actuelle du diabète de type II en Belgique et les moyens d'accompagnement et d'information à disposition des patients.

En Belgique, combien de personnes souffrent-elles d'un diabète de type II? Quelles sont les principales complications relevées chez ces personnes? Ces dernières années, combien de personnes ont-elles clairement subi des perturbations suite à un diabète de type II? Comment le diabète de ce type est-il traité?

04.02 Maggie De Block, ministre: Madame Jadin, la source la plus fiable permettant de connaître le nombre de patients diabétiques en Belgique est la banque de données de Pharmanet de l'INAMI. Pharmanet collecte, par prescripteur, les données relatives aux médicaments remboursés délivrés par les officines publiques. Selon Pharmanet, en 2015, 560 000 patients ont suivi un traitement médicamenteux pour le diabète avec au moins 80 *Defined Daily Doses* (DDD).

Les données Pharmanet ne permettent pas de différencier les patients diabétiques de type I et de type II. L'Institut scientifique de la Santé publique estime qu'il y a environ 300 000 patients diabétiques de type I.

L'étude "GUIDANCE" de 2013 de Stone & al. menée auprès de 65 médecins généralistes belges en 2009-2010 peut nous fournir des données sur la prévalence des complications chroniques. L'étude s'est penchée sur le cas de 1 044 personnes atteintes d'un diabète de type II. L'âge moyen était de 70 ans; 51 % des patients étaient masculins. La durée moyenne du diabète était de 7 ans et 19 % des patients étaient traités à l'insuline. Ce sont des diabètes de type II qui sont aussi traités avec des insulines, souvent le soir.

Quelles complications avons-nous constatées? Cardiopathie ischémique (18 %), insuffisance cardiaque congestive (près de 7 %), accident vasculaire cérébral (près de 9 %), maladie artérielle périphérique (10 %), cécité (0,7 %), insuffisance rénale terminale (plus d'1 %), ulcère des pieds (2,7 %) et amputation d'un orteil ou d'un membre (près de 1 %). Je vous transmets les chiffres. Au total, 28,5 % des patients souffraient d'une complication cardiovasculaire et les patients souffrant d'un diabète de type II sont informés des conséquences de leur diabète de type II par le biais de l'éducation.

L'éducation implique que les médecins généralistes, diabétologues, infirmiers à domicile et autres dispensateurs donnent constamment des informations et explications concernant la maladie, les aspects alimentaires, les complications, les conséquences sur l'espérance de vie et encouragent un changement de mode de vie.

Les perturbations de la sexualité suite au diabète peuvent y être intégrées. Cette éducation peut être complétée par un éducateur en diabétologie ayant suivi une formation spécifique. L'éducation dispensée par un éducateur en diabétologie est remboursable pour une grande partie des patients repris dans un programme de prise en charge du diabète.

Actuellement, il existe dans l'assurance maladie plusieurs programmes de prise en charge pour les patients diabétiques: les conventions, le trajet de soins diabète de type II et le suivi d'un patient diabétique et, depuis quelques mois, le trajet pré-diabète a été mis en place. Les "conventions diabète" visent les patients ayant un diabète de type I et les patients dans un stade avancé du diabète de type II traités par deux injections d'insuline ou plus. Les patients sont suivis dans un centre de convention de diabète en seconde ligne par une équipe pluridisciplinaire et y reçoivent une éducation au diabète, en diététique, en matériel d'autogestion, en podologie pour les groupes à risque.

Le trajet de soins du diabète de type II vise les patients avec un diabète de type II traité par une ou deux injections d'insuline et ceux pour qui le traitement à l'insuline est envisagé. La prise en charge s'effectue principalement en première ligne: le médecin généraliste et le spécialiste collaborent étroitement avec les autres professionnels de première ligne.

Les patients ont accès à l'éducation au diabète, à du matériel d'autogestion, à la diététique et à la podologie. Le suivi d'un patient diabétique dans un pré-trajet vise les patients ayant un diabète de type II à un stade plus précoce, depuis le diagnostic jusqu'au trajet de soins ou la convention. Le médecin généraliste y donne des soins adéquats, s'appuyant sur des recommandations de bonne pratique (*evidence based*) et les patients ont accès à la diététique et à la podologie. Prochainement, un sous-groupe de patients en pré-trajet à haut risque cardiovasculaire aura également accès à l'éducation au diabète. J'ai, en effet, libéré un budget à cet effet. Dans chacun de ces programmes, le médecin généraliste ou le médecin spécialiste du diabète peut également prendre en charge les perturbations sexuelles du patient.

Si nécessaire, ils peuvent envoyer le patient vers un autre spécialiste. Il faut dire que les perturbations se situent, dans la majeure partie des cas, chez les hommes atteints du diabète et que ce sont souvent des problèmes vasculaires qui sont le plus fréquemment constatés. Parfois, il faut aussi les envoyer chez un sexologue ou un urologue. Si c'est vasculaire, on ne sait pas faire grand-chose.

04.03 Kattrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour toutes ces informations très complètes et très détaillées que je relirai avec beaucoup d'intérêt, dans la mesure où elles pourront aussi faire l'objet d'une communication très intéressante.

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

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsenopleiding" (nr. 17431)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisstages voor toekomstige huisartsen" (nr. 17447)

05 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation en médecine générale" (n° 17431)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les stages en milieu hospitalier pour les futurs médecins généralistes" (n° 17447)

05.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik zal mijn inleiding kort houden. Wij weten allemaal dat de opleiding voor huisartsen in ons land een stuk is verschoven, van twee naar drie jaar, omdat een jaar van de basisopleiding wordt doorgeschoven naar de vervolgopleiding. Dat heeft te maken met Europese richtlijnen en met een procedure voor de Raad van State, maar daar gaat het nu niet over.

Wij zijn de driejarige opleiding huisartsengeneeskunde volop aan het voorbereiden. Ook in het kader van de dubbele cohorte die in 2018 op ons afkomt, zou er een intentie zijn om de driejarige opleiding met zes maanden te verminderen. De bedoeling was dat de driejarige opleiding ook een half jaar ziekenhuisstage zou omvatten, maar nu vernemen wij – dat stond ook te lezen in *De Artsenkrant* – dat er verschillende redenen zouden zijn voor de inkorting van de duur ervan, zoals een bijkomende besparing op de uitgaven, een tekort aan stageplaatsen en de financiering die op een andere manier zou verlopen.

Is dat zo, mevrouw de minister? Ik had het graag van u vernomen.

Klopt het dat de opleiding vanaf 2018 maar 2,5 jaar in plaats van 3 jaar zal duren? Zo ja, welke zijn dan de beweegredenen van die beslissing?

Mocht het zo zijn, op welke manier zult u er dan voor zorgen dat er geen discriminatie optreedt – waarvoor wij vroeger al zijn veroordeeld – indien de duur van de opleiding wordt aangepast?

05.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het is inderdaad niet gemakkelijk om in 2018 om te gaan met de dubbele cohorte artsen en dat goed op te vangen. Iedereen is het erover eens dat al die artsen in opleiding stage moeten lopen en dat vergt allicht extra capaciteit en extra budget van de minister. Zoals mevrouw Muylle al heeft gezegd, vernemen we dat de verplichte ziekenhuisstage van zes maanden tijdens de master na master Huisartsgeneeskunde eventueel zou wegvallen en vervangen worden door de ziekenhuisstage in de basisopleiding tijdens de bachelor.

Net als de opleidingsartsen denk ik dat dit noch de artsen in opleiding noch de kwaliteit van de toekomstige huisartsen ten goede komt. Er zijn inderdaad een aantal juridische en pragmatische argumenten om de masteropleiding Huisartsgeneeskunde niet te verkorten van drie naar tweeënhalf jaar. We zitten momenteel in Europa in een uitzonderingssituatie. Dat is niet evident. Het is ook niet evident ten aanzien van de specialisten die zien dat er ook een verschil komt qua stage. Ook de visitatiecommissie en de Vlaamse minister van Onderwijs bevestigen dat men de ziekenhuisstage tijdens de basisopleiding niet zomaar kan gelijkstellen met die tijdens de master na master Huisartsgeneeskunde omdat de leerdoelen totaal verschillend zijn.

Wat is de drijfveer achter uw voorstel? Wilt u een besparingsmaatregel invoeren zoals in de media is verschenen?

U vroeg een advies aan de Hoge Gezondheidsraad. Volgens mijn informatie hebt u al twee keer een negatief advies gekregen. Kunt u ons die adviezen bezorgen?

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) en het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van artsen-specialisten (VBS) hebben ook al klacht ingediend bij de Raad van State wegens de ongelijke behandeling tussen kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten. Als u de huisartsen vrijstelt van zes maanden ziekenhuisstage, zullen de specialisten waarschijnlijk niet nalaten om opnieuw klacht neer te leggen wegens discriminatie. Hoe gaat u dat vermijden?

In alle opleidingen wordt heel veel nadruk gelegd op stages. Dat is ook heel belangrijk in een artsenopleiding. Nu gaan we die bij de huisartsen verminderen, wat tot minder ervaring zal leiden. Dat is absoluut tegengesteld aan wat de huisartspraktijkopleiders vandaag vragen.

Een laatste vraag. Is er geen risico dat huisartsendiploma's uit België niet meer Europees zullen worden erkend, wat onze afgestudeerden in problemen brengt? Nu blijken er al problemen te zijn in Denemarken waar het diploma van een Belgische huisarts omwille van de opleidingsduur en omwille van de stage blijkbaar niet meer voldoet.

05.03 Minister **Maggie De Block**: Ik heb een uitvoerig antwoord maar er zijn ook veel vragen gesteld. Ik wil hier toch enige duiding bij geven. Er worden hier twee problematieken door elkaar gehaald. Enerzijds is er de verkorting van de duur van de basisstudies geneeskunde van zeven tot zes jaar. Het gevolg daarvan is dat men in 2018 de zogenaamde dubbele cohorte uitstroom van gepromoveerde studenten geneeskunde heeft. Voor deze studenten dient men effectief in voldoende stagecapaciteit te voorzien, zowel voor de huisartsen in opleiding als voor de specialisten. Er moeten dus flankerende maatregelen genomen worden om tot een voldoende groot aantal stageplaatsen te komen zodat beide cohortes de professionele stages kunnen aanvatten. Tegelijkertijd moeten wij er ook op toezien dat de kwaliteit van die stages gegarandeerd wordt en dat beide soorten artsen dus kwalitatief even goed gevolgd worden.

In december heb ik diverse denkpistes inzake de aanpak voor advies voorgelegd aan de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen. Deze raad bracht op 23 februari een uitgebreid advies uit dat een aantal opmerkingen bevat en intussen door het RIZIV bestudeerd wordt. Er staan zowel gunstige als te vermijden effecten in. Het is dus wel wat kort door de bocht als u zegt dat dit een negatief advies is.

Een van de onderzochte onderwerpen is inderdaad dat in het cruciale jaar 2018 de flexibiliteit ten einde loopt van het artikel 16 van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 dat de criteria voor de erkenning van huisartsen vaststelt. Het artikel 16 past de nog steeds geldende en mogelijke uitzonderingsbepaling van artikel 28.2 van de Europese richtlijn toe. Hierdoor kan een jaar van de eerdere, voorafgaande opleidingscyclus onder bepaalde voorwaarden worden gevaloriseerd als professionele stage. Tot 2018 doet België een beroep op deze uitzonderingsmaatregel in het desbetreffend ministerieel besluit waar de einddatum ook 2018 is.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen heeft na een lang debat verschillende adviezen gegeven over de opvang van de dubbele cohorte. Het advies werd gegeven op 23 februari, werd gevalideerd op 23 maart en staat, mevrouw Dedry, op de website van de FOD Volksgezondheid.

Ik noteer in elk geval dat de Hoge Raad vasthoudt aan het principe van een driejarige bijkomende opleiding in de huisartsgeneeskunde, volgend op de basisopleiding. Ik stel ook vast dat er een bezorgdheid is bij bepaalde leden van de Hoge Raad en deze bezorgdheid betreft de huisartsen in opleiding die in hun stageplan geen stageplaats in een ziekenhuis vinden en derhalve voor hun erkenning niet in aanmerking komen. Met deze situatie moet terdege rekening worden gehouden want dit zijn mensen die na een opleiding van negen jaar riskeren om niet te worden erkend. Ik meen dat we het er over eens zijn dat deze bezorgdheid die wij delen, ook werd meegenomen door de Hoge Raad.

Vanaf de instroom van de dubbele cohorte zullen de stageplaatsen in ziekenhuizen ook een grote bijkomende instroom zien, met extra kandidaat-specialisten in opleiding. Het is niet uit te sluiten dat er een concurrentie komt tussen de huisartsen in opleiding en de specialisten in opleiding. De stagemeesters zullen dan moeten kiezen en misschien wel de voorrang geven aan kandidaten die zich voor een langere opleiding kunnen engageren in een bepaalde medische discipline in plaats van de beperkte zes maanden voor de kandidaat-huisartsen.

De vraag kan gesteld worden of in een dergelijke context deze ziekenhuisstages wel heel leerzaam kunnen zijn voor de kandidaat-huisartsen, want er zal immers een *overcrowding* zijn op bepaalde diensten, waardoor een adequate professionele expositie aan pathologie, een gedegen begeleiding en supervisie, toch wel moeilijker zouden kunnen worden.

Verder verneem ik ook van de studenten dat de vrees bestaat dat de huisartsstudenten in opleiding afgeleid zullen worden naar andere taken, bijvoorbeeld registratie van gegevens of andere administratieve taken. Ze hebben daar zelf schrik van, dat zij, zelfs als ze hun stage mogen doen, achteruitgesteld zullen worden ten voordele van diegenen die zich specialiseren. Dat lijkt me een terechte vrees.

Daarnaast lijkt het aangewezen te vermijden dat een kandidaat-huisarts zijn professionele vorming niet zou kunnen beëindigen wegens een tekort aan stageplaatsen in ziekenhuizen. Het niet kunnen bekomen van een concreet ingevuld stageplan of van een erkenning moet zeker vermeden worden in het belang van de kandidaat maar ook in het algemeen: onze volksgezondheid heeft voldoende huisartsen nodig.

Ik deel uiteraard het standpunt dat erkende huisartsen aan alle voorwaarden van de Europese richtlijn 2005/36 moeten voldoen, want deze garandeert de euromobiliteit zodat bepaalde artsen in andere lidstaten van de Europese Unie een professionele carrière kunnen ontwikkelen.

U verwijst ook naar een eerder arrest van de Raad van State, nummer 166/915 van 2007 over het ministerieel besluit van 1 oktober 2002, dat de arts toeliet te starten met zijn professionele vorming vanaf het einde van zijn zesde jaar geneeskunde. De Raad van State was van oordeel dat er voor huisartsen en specialisten geen objectieve en redelijke verantwoording was voor een andere behandeling op basis van een redelijk onderscheid tussen beide situaties.

Het aangevochten besluit is ondertussen ook niet meer van kracht en de erkenningsvoorwaarden voor de huisartsen, stagemeesters en de stagediensten wordt nu geregeld door het ministerieel besluit van 1 maart 2010. Dit ministerieel besluit en de wijzigingen zijn niet aangevochten. Artikel 16 van het huidige ministerieel besluit van 1 maart 2010 biedt de mogelijkheid een jaar van de eerdere opleidingscyclus te valoriseren overeenkomstig artikel 28 van de richtlijn van 2005.

In principe blijf ik voorstander van een driejarige professionele stage, zeker nu de basisopleiding van de artsen tot 6 jaar is ingekort.

Ik analyseer met de diensten het advies van de Hoge Raad hierover ten gronde, met inbegrip van alle bezorgdheden die in de discussies aan bod kwamen.

Zoals eerder gezegd rijst de volgende drie tot zes jaren nog een probleem in het kader van de dubbele cohorte. Het is vanuit de bezorgdheid voor de kandidaten van de dubbele cohorte en omwille van de volksgezondheid dat alle mogelijke oplossingen moeten worden onderzocht, zonder al te gemakkelijke a priori's of veto's.

Wij moeten het probleem dus pragmatisch benaderen binnen het kader van de Europese wetgeving en rekening houdend met de realiteit van een bijkomende behoefte aan plaatsen voor ziekenhuisstages. U weet dat er drie keer zo veel zijn in het Franstalige landsgedeelte dan in het Nederlandstalige landsgedeelte.

Praktisch betekent dit dat ik samen met de juridische dienst van de FOD bekijk of een tijdelijke en uitzonderlijke maatregel mogelijk is om de ziekenhuisstage tijdens de basisopleiding mee te nemen in de professionele stage, ook na 2018.

Hoe dan ook moet dit een uitdovend karakter hebben en kan dat alleen voor de duur van de opvang van de dubbele uitstroom zijn.

De stagemeesters moeten er ondertussen over waken dat de praktijkervaring optimaal is om later autonoom de huisartsgeneeskunde uit te voeren.

Ik wil eraan toevoegen dat hierover met de decanen van de faculteit Geneeskunde gesprekken worden gevoerd. Die besprekingen zijn zeer intensief. Het is ook een belangrijke problematiek door twee fuiken die samenkomen, maar waaraan noch de ene noch de andere groep van studenten zelf toe hebben bijgedragen.

05.04 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord.

Het is mij nu duidelijker. U hebt gelijk. Er is vandaag een spanningsveld aan het ontstaan tussen de driejarige stage waar u voorstander van bent en het aantal stageplaatsen in ziekenhuizen.

Ik meen dat iedereen vandaag het belang inziet van een ziekenhuisstage in het kader van een vervolgopleiding voor huisartsen. Ik denk trouwens dat het een goede zaak is dat huisartsen meer in ziekenhuizen komen, zeker in het kader van een vervolgstage. Als men echter niet de kwaliteit van goede stageplaatsen, van een kwalitatieve opleiding kan garanderen, is dit ook een groot probleem.

Toch heb ik de indruk dat er grote inspanningen worden geleverd in het kader van de dubbele cohorte in de ziekenhuizen, waar in heel veel perifere ziekenhuizen nieuwe stagemeesters worden gezocht. Ik zie daarin een heel positieve evolutie, maar ik begrijp dat spanningsveld.

Ik kan mij vinden in uw beslissing dat er een goede kwalitatieve overgangsperiode moet komen. Gelet op het uitdovend karakter, zullen we op een bepaald ogenblik, wanneer die dubbele cohorte is weggewerkt, volop

voor die plaatsen kunnen gaan. Ik denk dat u de juiste strategie volgt.

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

U hebt duidelijk gemaakt dat u zich bewust bent van het probleem en dat er soms geen andere mogelijkheid is dan naar een pragmatische oplossing te zoeken.

U probeert naar goede kwalitatieve overgangsmaatregelen te zoeken, maar ik wil nog even opmerken dat de leerdoelen in de stage van een bachelor totaal anders zijn dan de leerdoelen in de huisartsenopleiding bij master na master.

Er is heel veel ongerustheid op de werkvloer, maar dat weet u evengoed of zelfs beter dan ik. We zullen dit verder opvolgen.

05.06 Minister Maggie De Block: Ik heb de decanen vernoemd, maar wij ontvangen natuurlijk ook de studentenvertegenwoordigers. Ik heb deze week nog met hen gesproken. Zij zijn heel erg bezorgd langs beide zijden van de taalgrens, zeker in het Franstalige landsgedeelte.

Ook de studenten worden op de hoogte gehouden van de pistes die op tafel liggen en wij nodigen de decanen ook uit om nog andere pistes op tafel te leggen. Daar wachten wij nog op.

De **voorzitter:** In principe hebben de parlementsleden altijd het laatste woord, maar ik denk dat dit maar een aanvulling was en er dus geen repliek nodig is, mevrouw Dedry?

05.07 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik moet u niet vragen naar de timing, want die ligt vast.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Samengevoegde vragen van

- de heer Franky Demon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisnetwerken" (nr. 17460)
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tijdpad en de modaliteiten van de hervorming van de kraam- en kinderafdelingen" (nr. 17536)

06 Questions jointes de

- M. Franky Demon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réseaux hospitaliers" (n° 17460)
- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le calendrier et les modalités de la réforme qui touche les services de maternité et de pédiatrie" (n° 17536)

06.01 Franky Demon (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, momenteel werkt u aan de hervorming van het ziekenhuislandschap, met het oog op een betere en efficiëntere dienstverlening. U gaat voor 25 netwerken, waarbij de taken over de ziekenhuizen verdeeld kunnen worden.

Er is ook het probleem van de supplementen die aan de patiënten worden aangerekend en die van ziekenhuis tot ziekenhuis kunnen verschillen. Als ziekenhuizen in één netwerk worden samengevoegd, rijst de vraag wat dit zou betekenen voor de erelonen van de artsen. Ik kreeg graag uw mening over twee punten.

Ten eerste, als patiënten met een ziekenwagen naar een ziekenhuis worden gebracht waar een bepaalde specialiteit wordt aangeboden, maar dit is niet het dichtstbijzijnde ziekenhuis, zal de ambulancerit dan duurder worden voor de patiënt? Zal, ingevolge het specialiseren, de patiënt uiteindelijk meer moeten betalen voor het vervoer?

Ten tweede, wat zal er gebeuren met de supplementen? Welke keuze zal er worden gemaakt in het netwerk? Wordt automatisch het duurste supplement voor het hele netwerk gekozen? Op welke manier zal dit worden geregeld? Zult u daaromtrent instructies geven?

06.02 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, reconnaissez que c'est un paradoxe: mon voisin est enrhumé, la ministre est enrhumée, je pourrais être atteint de rhume à la commission Santé du Parlement fédéral! C'est quand même incroyable.

Madame la ministre, je vous ai interpellée à plusieurs reprises au sujet des maternités et pédiatries. Certaines questions sont restées sans réponse. Je reviens vers vous à ce sujet.

Vous avez certainement l'information: finalement, la maternité de Lobbes ne fermera pas ses portes. Il semble, selon des réponses que j'ai reçues de votre cabinet, que les mesures fédérales ne s'appliqueront pas au site de Lobbes lui-même, mais bien au groupe Jolimont-Lobbes, qui possède le même numéro d'agrément. Ensemble, ils représentent ainsi plus de 1 000 accouchements par an.

La maternité de Nivelles, qui possède un numéro d'agrément différent, n'est pas dans le même cas: elle reste touchée durement.

Vous avez, à plusieurs occasions, rappelé que les décisions de fermer certaines maternités sont du ressort de la direction des groupes hospitaliers, ce qui est en effet le cas. Toutefois, ce sont bien, comme vous pouvez le constater, les normes à venir qui font peser des craintes sur le secteur hospitalier. Et comme vous l'avez également signalé à plusieurs reprises, rien n'est décidé à ce sujet: les discussions sont en cours.

Pourtant, il est important que les acteurs de terrain ne se retrouvent pas au pied du mur et soient informés de l'avancée et, bien entendu, du contenu des discussions en cours, car ce sont aussi ces mesures annoncées et pas encore précisées qui sèment - malgré vous, je n'en doute pas - un vent de panique chez les gestionnaires d'hôpitaux.

Madame la ministre, pour éclaircir maintenant la situation, quelles mesures précises comptez-vous mettre en place dans le futur par rapport à ces services? Quel seuil d'activité envisagez-vous d'imposer à ces services?

Vous avez dit attendre la première évaluation intermédiaire de sept projets pilotes relatifs aux accouchements avec séjour hospitalier écourté. Qu'en est-il? Quand envisagez-vous de mettre en application ces mesures? Comment ces mesures s'inscrivent-elles dans la logique de réseaux que vous souhaitez mettre en place? Le seuil minimal imposé s'appliquera-t-il aux établissements dans leur individualité, ou au réseau lui-même? Allez-vous prévoir une période transitoire entre la mise en application de ces réseaux et les normes que vous voulez mettre en application?

Comment la question de l'accessibilité sera-t-elle prise en compte dans votre réforme? Comptez-vous faire le nécessaire pour préserver les soins hospitaliers de proximité, essentiels dans les zones les plus rurales de notre pays?

Les partenaires sociaux, représentants des acteurs sur le terrain, sont-ils impliqués dans les discussions en cours?

06.03 Minister Maggie De Block: Mijnheer Demon, mijnheer Blanchart, in het kader van de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening zal het principe geïntroduceerd worden dat de vervoersmiddelen van de dringende geneeskundige hulpverlening de patiënt moeten vervoeren naar de meest adequate plaats voor zorgverlening, en niet meer naar de snelste plaats voor hulpverlening, voor een beperkt, vast bedrag, ongeacht de afstand. Wij willen dus tot één tarief komen, ongeacht de afstand van de verplaatsing, wetende dat wij de tijd moeten respecteren binnen dewelke de patiënt in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening in het ziekenhuis moet raken. Die loopt van nul, wat eigenlijk niet mogelijk is, tot 15 minuten. Dat betekent dat de patiënt niet meer naar de dichtstbijzijnde spoedgevallendienst gevoerd zal worden.

Het komt echter voor dat men in het dichtstbijzijnde ziekenhuis moet vaststellen dat men de patiënt aldaar niet kan behandelen, waarna die opnieuw getransporteerd moet worden naar een ander ziekenhuis. Daar komt nog bij dat dat nu telkens op kosten van de patiënten gebeurt. Zoals het nu is, gebeurt dat tweede vervoer helemaal op kosten van de patiënt. Als een patiënt met een CVA naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis vervoerd wordt, wat deels terugbetaald wordt, en als men daar zegt dat de dienst Neurologie niet voldoende uitgebouwd is om de patiënt te behandelen of te bewaken of dat men geen aangepaste ploeg heeft om de patiënt te verzorgen, dan wordt hij vervoerd naar een groter, meer uitgerust ziekenhuis en moet hij het vervoer zelf betalen. Dat kan maar moeilijk aan een patiënt uitgelegd worden.

De federale overheid is alleen bevoegd voor de tarieven van de dringende geneeskundige hulpverlening en niet voor de tarieven van de niet-dringende geneeskundige hulpverlening. U sprak over een patiënt die naar een specialist vervoerd moet worden. Ik neem aan dat het over een consultatie en dus niet-dringende geneeskundige hulpverlening gaat. Het zijn de Gewesten die daarvoor de tarieven vaststellen.

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent slechts in een welbepaald aantal gevallen een tegemoetkoming in de vervoerskosten. Er bestaat onder meer een tegemoetkoming voor de vervoerskosten van prematuren, gedialyseerde patiënten, patiënten die aan kanker lijden, ouders van kinderen die aan kanker lijden en patiënten die vervoerd worden in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening.

De hervorming van het ziekenhuislandschap zal op zich niets veranderen aan de huidige regelgeving inzake supplementen. In de toekomst zal elk ziekenhuis zelf blijven factureren. De supplementenregeling, van toepassing in het betrokken ziekenhuis, zoals dat nu het geval is, blijft dan ook van toepassing.

Ik wil de discussie over de supplementen niet uit de weg gaan, maar ik meen dat wij deze moeilijke bespreking die ook in de medicomut en andere overlegorganen wordt gevoerd, de voorliggende hervorming van het ziekenhuislandschap niet mogen laten besmetten.

En ce qui concerne les maternités, je souhaite attendre d'avoir l'input que j'ai demandé au KCE avant de me prononcer sur une éventuelle adaptation des normes d'activité qui existent depuis 1989. C'est mon prédécesseur, le ministre Busquin, qui a fixé les normes pour les maternités.

Cependant, j'ai déjà fait savoir que le financement d'une permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour une maternité qui, en moyenne, n'a pas un accouchement par jour me semble être une dépense inefficace des deniers publics. C'est la raison pour laquelle il n'est pas non plus souhaitable de fixer des normes d'activité par réseau permettant de répartir le nombre d'accouchements entre plusieurs hôpitaux du réseau.

Comme je l'ai rappelé, les normes existent depuis 1989. Aujourd'hui, nous sommes en 2017 et on trouve encore beaucoup de maternités qui assurent 230, 200 et même 189 accouchements par an. Durant tout ce temps, lesdites normes n'ont pas été respectées.

Il va de soi que la réforme ne se fera pas du jour au lendemain. Le secteur sera consulté et il aura le temps de s'adapter aux changements. Par ailleurs, cela fait moins d'un an que le projet-pilote relatif aux accouchements avec séjour écourté est en cours. Il sera évalué, pour la première fois, après l'été.

Je voudrais, enfin, dire un mot au sujet de l'accessibilité. Sachez que des soins de proximité ne sont pas garants de soins de qualité. Si la conclusion est qu'il vaut mieux se rendre dans un hôpital un peu plus éloigné pour un traitement, j'estime que le patient doit être tout à fait disposé à faire le déplacement. Bien entendu, il faut toujours prévoir une offre de base au niveau local, mais la difficulté est précisément de définir cette offre. En la matière, les avis divergent, mais je continue à me baser sur l'évidence et sur l'objectif qui consiste à améliorer la qualité des soins.

06.04 Franky Demon (CD&V): Mevrouw de minister, wat de meest adequate plaats voor zorgverlening betreft, begrijp ik dat de verdere uitwerking van het niet-dringend vervoer voor de Gewesten is. Het financieel gedeelte behoort tot onze bevoegdheid. Hoe zal dat gebeuren? De middelen komen immers van hier. Hoe gebeurt dat voor de patiënt? De patiënt gaat naar ziekenhuis X dat dichterbij is. Hij komt in het netwerk terecht. Hij moet naar ziekenhuis Y voor een specialiteit. Wordt het vervoer dan duurder als dat ziekenhuis verder gelegen is? Of is er ook een forfait zoals bij de dringende gevallen?

Ook de eresupplementen hebben hier rechtstreeks mee te maken. U zegt dat u het plan niet wil besmetten. Voor alle duidelijkheid, wij zijn voorstander van een plan voor ziekenhuisnetwerken maar u zegt dat u de kar niet te zwaar wilt maken met de kosten voor de eresupplementen. Dat zal automatisch toch gevolgen hebben? Het kan niet de bedoeling zijn dat de supplementen, wanneer men in een netwerk terecht komt, allemaal de duurste zijn.

Komt dat aan bod tijdens de onderhandelingen of wordt dit onderwerp aan de kant geschoven waardoor het risico bestaat dat men toch bij de duurste factuur uitkomt?

06.05 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, tout le monde est conscient qu'il est nécessaire d'engager une réforme des hôpitaux. Cependant, en ce qui concerne les décisions à prendre pour la spécialisation, elles sont sans doute prématurées car les hôpitaux doivent encore se spécialiser afin que les centres de référence voient le jour. Mais il est un fait que l'offre de base doit être maintenue dans chacun d'entre eux. Vous évoquiez tout à l'heure les délais d'intervention entre zéro et quinze minutes mais, dans certaines régions, le délai d'intervention dépasse largement les vingt minutes pour se rendre chez l'habitant et ensuite vers un hôpital parfois fort éloigné; je pense aux zones frontalières pour lesquelles c'est compliqué. C'est le cas de la maternité de Lobbes; cela a déjà été évoqué. Il faut vraiment tenir compte de la problématique liée aux délais d'intervention.

Présidente: Muriel Gerkens.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

06.06 Minister Maggie De Block: Mijnheer Demon, u moet een verschil maken tussen de dringende geneeskundige hulpverlening die goedkoper zal worden door de hervorming en de niet-dringende geneeskundige hulpverlening. De mensen moeten informatie krijgen over welke specialist waar werkt. Het is niet de bedoeling dat men zich altijd met de ziekenwagen onder het niet-dringend ziekenvervoer laat vervoeren. De tarieven zijn een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Daarover heeft de federale regering niets te zeggen. Het is niet de bedoeling dat iemand die in een ziekenhuis ligt en op consultatie moet gaan met niet-dringend ziekenvervoer, altijd met de ziekenwagen zal worden vervoerd.

Wat de ereloonsupplementen betreft, heb ik gezegd dat er niets verandert aan de betalingen voor zover het gaat over prestaties in de respectievelijke ziekenhuizen. Begin volgend jaar beginnen wij de laagste variabiliteit forfaitair te verlonen. Op dit moment blijft het ziekenhuis de factuur opstellen zoals het dat vroeger deed. De discussie over de ereloonsupplementen kunnen wij op dat niveau niet voeren. Aangezien de ereloonsupplementen in het medicomut-akkoord zit, hebben andere overlegorganen daar medezeggenschap over. Wij gaan deze discussie niet uit de weg. Integendeel, ze is volop aan de gang.

U zegt dat, als men in één van de vijf ziekenhuizen uit het netwerk verzorgd wordt en men raadpleegt bijvoorbeeld een orthopedist, men het supplement van het duurste ziekenhuis in dat netwerk moet betalen. Wel, dat is onmogelijk. Men zal de rekening krijgen van het ziekenhuis dat men consulteert en niet van een ander ziekenhuis. De ziekenhuizen blijven zelf verantwoordelijk voor de rekeningen die zij sturen naar de patiënten die er verzorgd werden. Op termijn zal er voor sommige prestaties wel een vergoeding op het niveau van het netwerk worden gegeven.

Dan is de vraag hoe dit zal worden verdeeld tussen de ziekenhuizen. Dat is een andere oefening die wij momenteel doen. Ik geef een voorbeeld. Als men een CT laat nemen in een netwerk van vijf ziekenhuizen, dan maakt het niet uit of men daarvoor werd doorverwezen door A, B of C want het tarief voor de netwerkfunctie, in dit geval dus een CT, zal hetzelfde zijn. Voor die prestatie in dat netwerk zal slechts een enkele verloning bestaan.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre le tabac" (n° 17499)**

- **Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique anti-tabac" (n° 17501)**

07 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bestrijding van het tabaksgebruik" (nr. 17499)**

- **mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het antitabaksbeleid" (nr. 17501)**

07.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, comme chaque année, le classement de la *Tobacco Control Scale* a été présenté lors de la *European Conference on Tobacco or Health*, ce 23 mars 2017. C'est une référence en la matière. La Belgique rétrograde de manière non négligeable, puisqu'elle tombe de la 13^e place en 2013 à la 17^e place en 2017 et, surtout, elle obtient un score de 49 points sur 100 pour sa politique en matière de lutte contre le tabac. Permettez-moi de vous dire

que cela ne m'a pas étonnée. Jusqu'il y a quelques années, la Belgique était plutôt leader en termes de prise de décision et de législation contraignante sur le tabac. Ce n'est plus le cas ces dernières années.

J'insiste donc, madame la ministre, pour que vous mesuriez enfin les enjeux que cela représente. Face à la passivité actuelle en matière de réglementation contraignante sur le tabac, je tiens à nouveau à plaider pour l'introduction rapide du paquet neutre - non pas en 2019 ou plus tard en fonction des analyses, etc., comme vous semblez manifestement vouloir le faire -, pour l'interdiction totale de la publicité, c'est-à-dire la suppression des exceptions qui existent toujours, et pour l'interdiction de fumer en voiture en présence de mineurs. Ces trois mesures permettraient à la Belgique d'atteindre la moyenne. C'est un enjeu majeur.

Ce qui m'intéresse n'est pas tant le classement mais c'est avant tout les jeunes pour lesquels il faut tout mettre en œuvre afin d'éviter qu'ils commencent à fumer. De manière plus globale, ce sont aussi les enjeux de santé: 15 000 décès prématurés évitables par an, 300 000 personnes - on parlait du diabète précédemment -, ayant des pathologies cardiovasculaires, broncho-pulmonaires et cancéreuses.

07.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, zoals collega Fonck al zei, zakt België van de dertiende plaats in 2013 naar de zeventiende plaats in 2016 volgens de *Tobacco Control Scale 2016*. Dat gereputeerde rangschikingsverslag beoordeelt de staat van het antitabaksbeleid in 35 Europese landen en werd onlangs voorgesteld.

De best scorende landen presteren sterk door de uitvoering van een allesomvattend antitabaksplan, wat in België ontbreekt. Nochtans zijn we ervan overtuigd dat het tij kan worden gekeerd. Het draagvlak is nog nooit zo groot geweest om een aantal maatregelen onverwijld uit te voeren.

In de *Tobacco Control Scale* worden tien aanbevelingen voorgesteld, die voor de volgende conferentie in 2020 zouden moeten worden gerealiseerd. Die aanbevelingen, mevrouw de minister, liggen al veel langer dan vandaag in de vorm van wetsvoorstellen en resoluties in het parlement op tafel. Het gaat onder meer over het invoeren van neutrale sigarettenpakjes, gekoppeld aan een totaal reclameverbod op de verkoopplaats, en het verbieden van roken in auto's met minderjarigen. Voor die maatregelen is er niet alleen in het parlement maar in de hele samenleving een groot draagvlak en toch worden ze maar niet in de praktijk omgezet.

Hebt u kennisgenomen van het rapport van TCS? Ik ga ervan uit van wel.

Zal u de aanbevelingen van TCS omzetten in concrete maatregelen? Zo ja, op welke termijn hoopt u dat te doen? Zo neen, waarom niet?

Kortom, mevrouw de minister, wanneer maakt u werk van de uitvoering van een antitabaksplan? Dat is eigenlijk mijn belangrijkste vraag.

07.03 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, je vous remercie. J'ai lu le rapport. L'une des deux personnes qui l'ont délivré est bien connue; il s'agit du Belge, M. Luk Joossens.

Het toont aan dat elk beleid, dus ook een antitabaksbeleid, over de jaren heen moet worden gevoerd. De zogenaamde toptanden staan ook al lang aan de top.

De maatregelen in het federale tabaksplan worden gezien als efficiënte initiatieven. Maar met andere maatregelen gaan we erop achteruit. Zo zijn de budgetten voor preventie op het niveau van de Gemeenschappen verminderd. Dat geeft ons dan weer minder punten voor preventie.

Mevrouw Jiroflée, er wordt al tien jaar lang gebakkeleid over een tabaksplan met de Gemeenschappen. Ik heb het punt tot twee keer toe op de agenda gezet van de interministeriële conferentie. Steeds weer formuleren de Gemeenschappen voorstellen die wel op federale niveau uitgevoerd zouden moeten worden dankzij federale investeringen, terwijl het federale beleidsniveau ter zake al veel meer investeert dan de Gemeenschappen.

Je suis d'autant plus convaincue que l'exécution du plan anti-tabac permettra à notre pays d'avancer dans le classement international.

Ik zal zeker mijn deel van het antitabaksbeleid uitvoeren. Ik heb trouwens al maatregelen uitgevoerd en ben

er met andere bezig. De heer Vandeuren heeft gezegd dat hij zijn deel ook zal uitvoeren; ook de Brusselse bevoegde ministers hebben dat gezegd, net zoals de Franstalige ministers. Wij hebben niet echt een volledig plan, maar er liggen wel genoeg acties op tafel.

Je pense que le renforcement de l'accessibilité et le remboursement de médicaments de sevrage porteront leurs résultats, tout comme l'augmentation des droits d'accises et l'application plus efficace de ceux-ci, ainsi que la possibilité de développer des emballages neutres. Pour d'autres mesures telles que la suppression du menthol dans les cigarettes, les demandes ont été faites à la Commission européenne.

Er ligt dus veel op tafel, er is veel in uitvoering. Het belangrijkste is dat elk op zijn terrein het werk doet waar hij zelf een budget voor heeft, waar hij zichzelf in kan vinden. Voor de rest verwijs ik naar de parlementaire initiatieven in uw assemblee. De regering heeft daarover gezegd dat zij die overlaat aan de wijsheid van het Parlement.

07.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous avez évoqué Luk Joossens, qui est *la* référence belge, internationalement reconnue.

En ce qui concerne le coût, il est vrai que des avancées ont été faites, mais cela reste insuffisant puisque c'est par l'effet levier suffisamment important des paliers que la consommation du tabac peut être réduite. Si le gouvernement pouvait prendre, en la matière, des décisions plus courageuses et répétées, je pense que l'on serait plus efficace.

En ce qui concerne le paquet neutre, l'interdiction complète de publicité, etc., vous nous dites que de nombreuses autres choses sont prévues et en cours d'exécution. Quand vous parlez de paquet neutre, vous parlez d'"envisager de". C'est toujours très *light* et nous voyons bien que vous agissez seulement parce que vous êtes poussée dans le dos. Le secteur n'en veut pas et c'est la raison pour laquelle vous avez reporté ce sujet à la fin de la législature.

Je prends note de vos propos: vous dites que le parlement peut prendre la main! Vous savez que des textes sont déposés. Le texte concernant le paquet neutre aurait pu déjà être voté depuis deux ans. On aurait ainsi laissé un temps d'adaptation de six mois à un an. Aujourd'hui, ce serait chose faite. Sur l'interdiction de la publicité, on aurait pu voter le texte et ce serait chose faite aujourd'hui! Je me tourne donc vers les collègues parlementaires de la majorité puisque la ministre renvoie vers la responsabilité des parlementaires. J'ose espérer que ceux qui, en termes de communication, ont le courage de prendre position contre le tabac, auront le courage de passer à l'acte en commission.

07.05 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik heb ongeveer dezelfde boodschap. Ik ben er mij van bewust dat de Gemeenschappen al eens durven te verwijzen naar het federale beleidsniveau. U moet dan ook als federale minister het voortouw nemen en tonen dat het u ernst is en dat u vooruit wilt op dat vlak. U moet een voorbeeldfunctie uitoefenen en een voortrekkersrol spelen en, met mijn excuses, maar ik zie u dat vooralsnog niet doen.

U zegt dat er een aantal dingen in uitvoering is of klaarligt, maar een termijn hoor ik niet echt. Als we dan kijken naar de voorstellen die in onze commissie al op de agenda hebben gestaan, zijn er altijd wel redenen om ze terug te duwen of uit te stellen.

We moeten gewoon het plan agenderen en uitvoeren! Waarom doet men daar zo moeilijk over en blijft het antitabaksbeleid liggen?

Ik begrijp dat ik van u geen termijn krijg, maar we zullen daarop blijven terugkomen. Ik hoop dat we heel snel alle voorstellen weer op de agenda krijgen.

La présidente: Nous avons d'ailleurs organisé des auditions avant les vacances de Pâques. Logiquement, nous devrions programmer la suite des travaux et nous prononcer sur les textes déposés. Nous n'allons pas attendre encore une année entière alors que les textes sont là. Il faut que nous nous prononcions à leur sujet.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les quotas de médecins" (n° 17511)

08 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de artsenquota" (nr. 17511)

08.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, selon mes informations, un avis de la Commission de planification de l'offre médicale demande que les quotas de médecins pour les années 2023 à 2026 se répartissent non plus selon une clé de répartition de 60 % pour les néerlandophones et de 40 % pour les francophones, mais selon une clé de répartition de 58 % pour les premiers et de 42 % pour les seconds. Cela représente 838 médecins en Communauté flamande et 607 en Fédération Wallonie-Bruxelles, soit 1 445 au total. Le 23 mars dernier, vous avez indiqué que vous estimiez que ce type d'avis devait être pris par la Commission de planification.

Je ne dois pas vous rappeler qu'un avis avait déjà été pris en 2016 sur des bases objectives. Il estimait nécessaire de revoir la clé de répartition des quotas pour 2022. Vous n'aviez pas suivi cette analyse objective.

Madame la ministre, maintenant que ce nouveau rapport est sorti, pouvez-vous nous éclairer sur son contenu? Pouvons-nous en disposer? Allez-vous enfin suivre les conclusions de la Commission de planification basées sur des analyses objectives et prendre des décisions basées sur des considérations de santé publique et non sur des considérations politiques? Enfin, puisque vous savez que j'ai fait une série de propositions en la matière, quelles sont les avancées que l'on peut réaliser par rapport aux médecins européens qui prennent la place des étudiants dans les universités? Ils sont intégrés dans les quotas et, donc, on se retrouve avec un nombre de médecins francophones – c'est en effet plus accentué du côté francophone – en nette diminution avec, par ailleurs, une pyramide des âges problématique puisqu'une grande proportion de médecins ont plus de 60 ans.

08.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, tout d'abord, je dois vous rappeler que pour l'année 2022, j'ai proposé, à l'époque, au gouvernement de suivre l'avis de la Commission de planification. Je suis membre de l'exécutif, mais je n'y siège pas toute seule. C'est bien lui qui a choisi de ne pas suivre entièrement cette recommandation.

En outre, s'agissant de la fixation des quotas pour 2023 et de l'octroi d'attestations supplémentaires, le dossier relatif à la planification de l'offre médicale contient d'autres critères indispensables si l'on veut aboutir à une solution générale et durable.

L'avis de la Commission de planification a été soumis au Conseil des ministres depuis quelques semaines. Nous sommes en train de négocier à ce sujet.

Comme je l'ai indiqué à plusieurs reprises, sachez que le gouvernement est bel et bien conscient du caractère urgent de la situation et de la nécessité de prendre des initiatives permettant de délivrer des diplômes universitaires supplémentaires aux étudiants qui parviendront au bout de leur cursus de médecine à la fin de cette année académique. C'est pourquoi le gouvernement traite ce dossier en priorité.

08.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'entends bien la relecture que vous faites de ce qui s'est passé l'année dernière pour les quotas de 2022. Dont acte. C'est assez stupéfiant! Vous faites la même chose avec les économies en soins de santé en disant que ce n'est pas vous mais que ce sont les autres! Je trouve qu'il n'est pas crédible de rester au poste de ministre quand on tient ce type de propos. C'est une réflexion personnelle.

En ce qui concerne 2023, l'information selon laquelle l'avis de la Commission de planification est finalisé est donc correcte. Pouvons-nous disposer de cet avis?

Madame la présidente, au titre de la transparence des documents administratifs, je considère que ce document doit nous être transmis.

Madame la ministre, je ne peux que vous inciter à ne pas répéter votre petite histoire de 2022. Je vous le dis tout de suite: ça ne passera pas! Les enjeux sont les patients et les besoins en matière de santé publique! À ce sujet, votre rôle et votre responsabilité au sein du gouvernement sont que ces besoins, objectivement analysés et déterminés, puissent être satisfaits. Sinon, on prend des risques majeurs pour garantir l'avenir

des soins de santé.

J'ose espérer que le premier ministre soutiendra votre position.

08.04 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, votre réaction est personnelle! Il me reviendra de décider moi-même quand je ne me sentirai plus bien dans ce gouvernement!

Pour le reste, je trouve que cela mérite une discussion au sein du gouvernement car il est important de connaître les conséquences au Nord et au Sud du pays. La problématique de l'offre nécessaire en matière de médecins et de spécialistes concerne tout le pays! Il est donc normal de pouvoir en discuter.

Comme je l'ai dit, pour 2022, j'ai suivi et j'ai présenté au gouvernement cet avis scientifique bien élaboré. J'ai alors été critiquée par les Flamands car la clé de répartition reprise dans cet avis ne leur était pas favorable.

Nous sommes sortis avec un avis de la Commission de planification, qui a été suivi partiellement, avec une autre clé de répartition. Et là, c'étaient les francophones qui n'étaient pas contents. Il faut se décider et prendre une mesure, quelle qu'elle soit, qui soit acceptable par le Nord et le Sud du pays, dans l'intérêt des patients. C'est ce que je défends au sein du gouvernement et j'ai l'impression qu'on m'écoute, mais nous verrons ce qu'il en est au moment de prendre la décision.

08.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, l'année dernière, l'avis de la Commission de planification n'a pas été suivi. Je ne peux pas vous laisser dire qu'il a partiellement été suivi. Pour cette année, si vous voulez vraiment défendre les patients, il faudra assumer votre responsabilité jusqu'au bout. Si vous considérez que vous pouvez, sur des sujets tels que ceux-là, aboutir en acceptant que ce soit des décisions politiques et non pas des décisions fondées sur des éléments objectifs, cela pose un vrai problème. J'appelle le premier ministre à, enfin, soutenir une analyse objective à ce sujet.

La **présidente**: Merci, madame Fonck. Je retiens la demande d'accès à l'avis de la Commission de planification.

08.06 Catherine Fonck (cdH): La loi prévoit la transparence pour les documents administratifs.

08.07 Maggie De Block, ministre: Je sais. Je vais le transmettre. J'ai demandé si cet avis était déjà disponible et je n'ai pas encore reçu de réponse.

08.08 Catherine Fonck (cdH): Mais vous nous avez dit tout à l'heure que cet avis avait été déposé sur la table du gouvernement. Donc il doit être disponible.

08.09 Maggie De Block, ministre: Je dois d'abord demander qui peut transmettre cet avis.

08.10 Catherine Fonck (cdH): Il faut respecter la loi, madame la ministre. Vous devez transmettre cet avis.

08.11 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, vous avez toujours beaucoup de demandes. Pour ma part, je respecte tout le monde et j'ai demandé qui pouvait vous fournir cet avis. Si ce n'est pas moi, je ne vous le donnerai pas. Des précédents existent. Par le passé, vous m'avez demandé des textes qui m'avaient été transmis, comme sur les partenaires sociaux, et ce n'était pas à moi de vous les donner.

08.12 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je suis désolée, mais ici, on ne parle pas des partenaires sociaux. N'allons pas inventer une histoire! La loi sur la transparence des documents administratifs oblige justement à respecter cette transparence. En l'occurrence, cet avis est évidemment en lien direct avec vos compétences en tant que ministre. Il porte d'ailleurs, si je ne me trompe, le logo du service public fédéral Soins de santé sur sa couverture. C'est effectivement vous qui devez le fournir.

La **présidente**: Le secrétariat de la commission s'organisera avec la ministre et son cabinet pour que ce document soit transmis en bonne et due forme.

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

09 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie en beschikbaarheid van (medische) gegevens voor donorkinderen" (nr. 17544)

09 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement et la disponibilité des données (médicales) pour les enfants issus d'un don de gamètes" (n° 17544)

09.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, van het ene gevoelige dossier komen we in het andere terecht. Onlangs nam ik kennis van het relaas van een donorkind dat met medische problemen geconfronteerd wordt en in de zoektocht naar vaak essentiële informatie moet vernemen dat de informatie niet meer te verkrijgen valt. Dat is niet nieuw; zulke verhalen horen we vaker.

Niet alleen het donorkind zelf kan met een of meerdere erfelijke medische problemen te maken krijgen. Ook hun eigen kinderen kunnen daarmee geconfronteerd worden. De kennis van de medische voorgeschiedenis is daarom wel van groot belang.

Dat is ook het geval bij het Belgisch donorkind geboren in de loop van de jaren 1970, wiens problematiek mij recent ter ore kwam. Niet alleen de persoon zelf kampt al een tijdje met medische problemen, ook de dochter heeft op haar beurt verschillende medische problemen, waarvan tot nu toe de oorzaak niet achterhaald is.

Om een zicht te krijgen op de medische voorgeschiedenis, werd contact opgenomen met het ziekenhuis waar de persoon destijds verwekt werd, om zodoende na te gaan of er medische informatie van de donor ter beschikking was. Eveneens werd aan het ziekenhuis gevraagd of er bij de donor of bij andere donorkinderen verwekt met behulp van dezelfde donor, kon worden nagegaan of daar mogelijks dezelfde medische problemen zijn opgetreden. Het antwoord van het ziekenhuis luidde dat men weliswaar begrip had voor de bezorgdheid, maar niet over gegevens van donoren uit die periode beschikte. Er bestond toen nog geen regelgeving over het registreren en bewaren van de gegevens. Die regelgeving is er pas in 2007 gekomen met de wet betreffende de medisch begeleide voortplanting.

Mevrouw de minister, hebt u er zicht op welke gegevens ziekenhuizen en artsen ter beschikking hebben omtrent behandelingen uitgevoerd vóór de wet van 2007?

Aangezien de wet van 2007 enkel voorziet in een regeling voor behandelingen die na de inwerkingtreding van de wet zijn uitgevoerd, mogen ziekenhuizen en artsen gegevens ter beschikking stellen over behandelingen die voorheen zijn uitgevoerd, indien zij erover beschikken? In hoeverre zijn de ziekenhuizen en artsen in staat om contact te leggen met de donor in kwestie of andere verwante donorkinderen om relevante medische informatie te achterhalen?

Vanaf welk jaartal kan aan donorkinderen en hun ouders de traceerbaarheid van de donor echt gegarandeerd worden? Is er ook een overzicht beschikbaar van de ziekenhuizen en artsen met betrekking tot medisch begeleide voortplanting met behulp van donormateriaal? Wanneer zijn zij gestart met het registreren van gegevens?

Hoe ver staat het intussen met het centraal registratiesysteem, dat reeds tien jaar geleden in de wet betreffende medisch begeleide voortplanting werd ingeschreven en waarvan u in uw beleidsnota beloofde werk te maken? Hoe wordt er nagegaan dat de registratie bij ziekenhuizen en artsen vandaag wel correct verloopt?

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Peel, vóór de inwerkingtreding van de wet op de medisch begeleide voortplanting van 6 juli 2007 moest er conform de wet op de ziekenhuizen en de wet op de patiëntenrechten een medisch dossier worden bijgehouden. Het bijhouden van een volledig dossier is overigens ook een deontologische plicht. Deontologisch wordt overigens aanbevolen om de dossiers gedurende dertig jaar of tot tien jaar na de dood van de patiënt te bewaren.

De inhoud en de erkenningvoorwaarden voor de zorgprogramma's voor reproductieve geneeskunde zijn vastgesteld in het koninklijk besluit van 15 februari 1999 en die diensten zijn goed bekend. Sinds de wet over het menselijk lichaamsmateriaal van 19 december 2008 zijn die programma's ook gelijkgesteld met die betreffende de banken voor menselijk lichaamsmateriaal. Sinds de inwerkingtreding van die wet in 2009 vallen ze ook onder die regelgeving.

Met de inwerkingtreding van de wet op de medisch begeleide voortplanting op 6 juli 2007 werd uitdrukkelijk bepaald dat de medische geschiedenis van de donor moet worden geregistreerd. Die kan worden bekendgemaakt aan de wensouders of aan de huisarts van het kind. Toch blijft het principe van de anonieme donatie gelden. Het blijft onmogelijk om bijvoorbeeld te weten te komen wie de andere donorkinderen zijn of persoonlijk contact op te nemen met die donor. De donatie is geanonimiseerd, maar de medische antecedenten van de donor zijn wel bekend. Niemand weet hoeveel andere kinderen door dezelfde donor zijn verwekt, waar die zich bevinden en hoe met hen contact kan worden opgenomen. Het basisprincipe blijft de anonimiteit van de donor. De identiteit van de donor mag dus niet worden meegedeeld aan de wensouders of aan het donorkind.

De wet op de medisch begeleide voortplanting voorziet er uitdrukkelijk in dat alle gegevens die tot de identificatie van de donoren kunnen leiden, ontoegankelijk moeten kunnen worden gemaakt. Voor dat algemene principe kan ik alleen maar herhalen wat ik vroeger al heb gezegd, namelijk dat de vraag of de anonimiteit al dan niet moet worden gewijzigd, een ethisch vraagstuk is en blijft. Het Parlement is het forum om daar een debat aan te wijden. Aan de wensouders en de donorkinderen zullen dus enkel de gegevens over de medische geschiedenis van de donor worden meegedeeld sinds de wet op de medisch begeleide voortplanting van 2007.

Voor vragen in verband met voorgaande periode moet men zich wenden tot de huisarts of de fertiliteitsdeskundige die destijds de voortplanting medisch heeft begeleid.

In verband met het centraal systeem, waarin de wet op de medisch begeleide voortplanting voorziet, is er overleg tussen de bevoegde administratie, namelijk het FAGG, en de vertegenwoordigers van het College voor reproductieve geneeskunde van de FOD Volksgezondheid. Er wordt onderzocht of het mogelijk is het register te koppelen aan BELRAP en om tevens elke kunstmatige inseminatie te registreren.

Er wordt ook bekeken of het mogelijk is de registratie als voorwaarde te stellen voor het gebruik van de nomenclatuur. Dat is natuurlijk een verregaand voorstel, want dat betekent dat zonder registratie de nomenclatuur niet aan het RIZIV kan worden aangerekend.

Informatie-uitwisseling is noodzakelijk, aangezien donoren zich kunnen melden in verscheidene centra en gameten zowel uit de Europese Unie zelf als van daarbuiten geïmporteerd worden. Eens het concept van het register duidelijk is, zal de praktische uitwerking en de financiering ervan bekeken worden.

09.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik vraag niet dat de identiteit van de donor of zijn gegevens bekend worden gemaakt of dat wordt meegedeeld of er nog andere kinderen zijn van de donor. Soms komen erfelijke ziektes pas heel laat aan het licht en weet een donor daar ook oorspronkelijk niets van. Mijn vraag is of een arts de donor kan contacteren om de medische gegevens te updaten. Dat kan echt essentieel zijn.

Natuurlijk heb ik begrip voor het ethische debat, dat hier nog niet kon worden uitgeput trouwens, maar daarover heb ik geen vragen, wel over de huidige wetgeving.

U zegt dat ook voor 2007 medische dossiers moesten worden bijgehouden, natuurlijk nog niet op de manier zoals sinds de wet. Dan heeft een arts toch ook wel de plicht om bij zo'n vraag bepaalde info te geven. Nog eens, ik heb het nu niet over identificeerbare zaken. Als keer op keer blijkt dat dat niet gebeurde bij bepaalde ziekenhuizen of fertiliteitsartsen uit die tijd, moet daartegen dan niet geageerd worden? Dat is immers geen goede zaak.

Ten slotte, wat het registratiesysteem betreft, denk ik dat men verder terug moet gaan dan 2007, zeker wat de medische gegevens betreft. Nogmaals, het gaat me niet om de identificeerbare gegevens. Alle informatie die er op dit moment nog te vinden is over de zaken van voorheen, moeten ook opgenomen worden. Dat blijft immers toch cruciaal voor sommige problemen die nu aan het licht komen. Ik denk dus dat daar toch echt wel werk van gemaakt moet worden.

U zegt dat u het verbinden van de registratie aan de nomenclatuur verregaand vindt. Mij lijkt dat eigenlijk evident. Dat is nu eenmaal ook wat de wetgeving voorschrijft. Ik denk dat het een goede zaak zou zijn als we ervoor kunnen zorgen dat er geen uitzonderingen meer kunnen worden gemaakt en dat de nodige informatie op dit moment wordt bijgehouden, los van wat de wetswijziging in de toekomst nog allemaal met zich mee zal brengen.

Uw antwoord heeft me dus eigenlijk niet helemaal gerustgesteld. Ik blijf het erg belangrijk vinden dat mensen die met medische problemen worden geconfronteerd, een antwoord zouden moeten kunnen krijgen. Nogmaals, het gaat over medische zaken. Als wij er niets aan kunnen doen dat artsen dergelijke informatie niet geven of niet de moeite doen om ze op te snorren, dan vind ik dat we onze verantwoordelijkheid tegenover donorkinderen ontlopen.

09.04 Minister **Maggie De Block**: Voor behandelingen voor 2007 moeten mensen echt aandringen bij het ziekenhuis, de gynaecoloog en of huisarts die hen toen heeft behandeld. Als dat allemaal gebeurd is en ze krijgen geen antwoord, moeten ze misschien juridische stappen zetten. Er was toen al een verplichting om belangrijke informatie in verband met medische antecedenten bij te houden met het oog op medische aandoeningen die de kinderen kunnen ontwikkelen.

Natuurlijk kunnen de namen van de biologische ouders niet vrijgegeven worden, maar het is wel belangrijk te weten wat de medische antecedenten zijn. Ik denk dat de wet op de patiëntenrechten op dat vlak voldoende juridische mogelijkheden biedt. Ik kan me bijna niet inbeelden dat men die informatie weigert vrij te geven.

09.05 **Valerie Van Peel** (N-VA): Het is niet het eerste gelijkaardig dossier waarvan ik kennis heb genomen.

09.06 Minister **Maggie De Block**: Ik heb het ook al meegemaakt dat mensen een dossier opvroegen over een dergelijke intense medische begeleiding en dat men zei dat men het dossier kwijt was. Dan staat men daar natuurlijk.

09.07 **Valerie Van Peel** (N-VA): Toevallig is men in die sector in die periode toch wel heel veel kwijtgeraakt. Dat roept toch wel enige vragen op. Als men merkt dat er sprake is van een erfelijke aandoening die men ondertussen doorgeeft aan de eigen kinderen, dan kan ik mij voorstellen dat men alles wil doen om daarover informatie te vergaren. Het gaat hier niet over futiliteiten.

U zegt dat er juridische stappen kunnen worden gezet, want in se is een arts verplicht die informatie te geven, als hij ze heeft. Maar moet de overheid ter zake niet haar verantwoordelijkheid nemen? U zou het initiatief kunnen nemen om de registratie voor de nieuwe dossiers uit te breiden tot de oude dossiers. Men zou in de ziekenhuizen de bestaande informatie kunnen opvragen om die in het centrale systeem in te voeren. Op die manier zou men gelijkaardige voorvallen kunnen vermijden.

Dat dergelijke dossiers steeds weer verdwenen blijken te zijn, maakt mij in elk geval achterdochtig.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 **Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling voor geplande buitenlandse zorg" (nr. 17545)**

10 **Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de soins planifiés à l'étranger" (n° 17545)**

10.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de aanleiding voor deze vraag is een dossier dat uw kabinet zeker heeft bereikt.

Het gaat om een getuigenis van een Limburgse patiënte die al vele jaren verzorging krijgt in een Nederlands ziekenhuis. Volgens het ziekenfonds waarbij zij is aangesloten, heeft zij sinds kort blijkbaar geen recht meer op terugbetaling wanneer zij zich in het buitenland laat verzorgen. Het RIZIV zou dat ook hebben bevestigd.

Volgens TV Limburg zouden ongeveer 1 200 Limburgers in deze situatie verkeren. Dat cijfer dateert wel van enige tijd geleden.

Omdat er doorheen de jaren verscheidene regelingen met betrekking tot het terugbetalen van geplande buitenlandse zorg waren ontstaan, liet het RIZIV deze recent in kaart brengen. Het RIZIV wenst het reglementaire kader te vereenvoudigen en transparanter te maken en het beter op elkaar afstemmen van de Belgische en Europese regelgevingen om een meer eenvormige toepassing van de reglementering voor de verzekeringsinstellingen te bewerkstellingen en de patiënt meer duidelijkheid te bieden over de rechten en plichten inzake grensoverschrijdende zorgverlening. Terloops gezegd, de woorden "grensoverschrijdende

zorgverlening" klinken nogal fout, althans als men ze letterlijk opvat.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen. Wat is de stand van zaken met betrekking tot deze herziening? Wat zijn de gevolgen voor patiënten in grensgebieden, zoals in bovenstaand voorbeeld?

10.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Peel, de informatie dat het ziekenfonds aan deze Limburgse patiënte verschaftte, met name dat zij geen recht op terugbetaling meer zou hebben in een Nederlands ziekenhuis, was niet juist.

Het is jammer dat men niet eerst bij ons informeert alvorens daarover een reportage te maken die veel emoties opwekt.

Het IZOM-samenwerkingsakkoord, waarvan onder meer in Limburg wonende patiënten konden gebruikmaken om in een welomschreven grensstreek in Nederland en Duitsland op eenvoudige wijze toegang te krijgen tot geneeskundige zorg, werd eind december 2016 opgezegd. De opzeggingsperiode loopt tot 30 juni 2017. Tijdens deze opzeggingsperiode kunnen de ziekenfondsen nog steeds het specifieke formulier IZOM EMR E112+ afgeven onder de voorwaarde van het vroegere IZOM-samenwerkingsakkoord. De geldigheidsduur van dat formulier mag dan wel de datum van 30 juni 2017 niet overschrijden. Deze opzeggingsperiode moet de verzekerde toelaten om samen met de behandelende artsen en het ziekenfonds na te gaan hoe de continuïteit van de zorg kan worden gegarandeerd.

Het samenwerkingsakkoord loopt af op 30 juni. Vanaf 1 juli hebben de in Limburg wonende patiënten aldus recht op geneeskundige zorg in het buitenland, waaronder Nederland, op dezelfde wijze als alle andere Belgische verzekerden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Dit is gebaseerd op zowel de regelgeving van de Europese Unie die het recht op de terugbetaling van geplande geneeskundige zorg in een andere lidstaat van de Europese Unie en ook in IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland vastlegt, als op onze nationale reglementering.

Voorts vestig ik uw aandacht erop dat personen die in een grensgebied wonen en zich in een ziekenhuis aan de overkant van de grens laten verzorgen, een beroep kunnen doen op de bepalingen van de algemene grensstreekregeling in de nationale wetgeving, meer bepaald op artikel 294 van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het RIZIV bestudeert momenteel op welke wijze onze nationale wetgeving op het gebied van de toegang tot geplande grensoverschrijdende gezondheidszorg kan gestroomlijnd en verduidelijkt worden waarbij de mogelijkheden die het recht van de Europese Unie biedt maximaal benut kunnen worden zonder daarbij waar dit nodig blijft nationale beleidsmaatregelen uit te sluiten.

Ik weet niet wie deze personen te woord staat bij dat ziekenfonds. En als men het niet weet, moet men het navragen. Wie heeft men daar aan de lijn gehad, wie heeft daarop geantwoord? Was dat misschien iemand die daar de schoonmaak deed? Ik weet het niet maar het is verkeerde informatie. Ik kan daar echt niet meer om lachen. Veel patiënten krijgen verkeerde informatie waardoor betrokkenen respectievelijk verontwaardigd zijn, emotioneel worden of angstig worden, wat allemaal begrijpelijk is. Dan wenden zij zich tot Facebook of komen ze op tv.

Maar als wij dan navraag doen, dan blijkt de informatie onjuist te zijn. Of ik daar bij genoemd word of niet is wel het minste, maar ik vind het in elk geval geen manier van doen als patiënten verkeerde informatie krijgen. Een patiënt heeft recht op correcte informatie. Er moet worden vermeden dat zij in paniek raken, er de tv of een magazine bij halen, een petitie beginnen, een haatmail sturen enzovoort. Ik begrijp echt wel dat die mensen kwaad zijn, maar de fout ligt niet bij de mensen die kwaad reageren, de fout ligt bij degenen die hen verkeerd inlichten.

Men kan misschien niet alles weten, er zijn inderdaad veel wijzigingen en de omzetting in Europees recht heeft consequenties, maar wie aan een loket of een helpdesk zit en een vraag krijgt waarop hij of zij het antwoord niet kent, wordt geacht zich te informeren.

Hij of zij mag echter geen informatie geven die niet correct is! Ik vind dat echt schandalig en ik heb daar al over gesproken. Dat moet uit de wereld. De mensen hebben recht op correcte informatie, anders geraken zij

de pedalen kwijt en dat begrijp ik volkomen.

10.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik begrijp dat u daar kwaad over bent. Een oplossing kan liggen in het beperken van de taken van de ziekenfondsen, om hen zich wat meer te laten richten op informatie. Als zij dat als hun kerntaak beschouwen, kunnen zij dat misschien fatsoenlijk doen. De andere taken die zij er vandaag bij hebben, houden dat blijkbaar tegen. En die andere taken voeren zij ook niet altijd bijzonder goed uit, zoals een ander Limburgs dossier bewijst.

Ik begrijp uw kwaadheid en kan alleen maar vaststellen dat er voor de uitzending ook niet naar u werd gebeld. Dat is een spijtige zaak, als het over desinformatie gaat.

Bedankt voor uw antwoord.

(...): (...)

10.04 Minister Maggie De Block: Ik moet navragen welke Europese richtlijn dit juist is. Het werd door mevrouw Jadin reeds aangekaart, als het gaat over de Duitstalige grensregio. Het zal overal dezelfde regeling zijn.

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

11 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obligation de vérifier l'identité des patients lors de l'application du tiers-payant" (n° 17571)

11 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verplichte controle van de identiteit van de patiënten in geval van toepassing van de derde-betalersregeling" (nr. 17571)

11.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, à partir du 1^{er} octobre 2017, les infirmiers qui appliquent le régime du tiers-payant de manière électronique devront vérifier l'identité de leur patient lors de chaque contact avec eux.

Bien que cette initiative puisse être saluée dans la mesure où elle permettra de réduire certaines pratiques frauduleuses qui se rencontrent parfois dans le secteur, telles que des facturations de prestations non réalisées, cette obligation engendrera des coûts non prévus pour toute une série d'acteurs.

Je pense notamment à une intercommunale active en Wallonie picarde qui n'avait pas budgétisé cette dépense - l'acquisition du logiciel Corilus, de smartphones compatibles et des abonnements téléphoniques s'élève à près de 13 000 euros - et qui devra dès lors renoncer à certains investissements pourtant nécessaires à son fonctionnement pour se conformer à cette obligation de vérification de l'identité des patients.

Madame la ministre, afin de permettre aux acteurs concernés de se conformer à l'obligation de lire les cartes d'identité des patients lors de déplacements à domicile sans mettre à mal leur fonctionnement, certains d'entre eux vous demandent de reporter cette obligation au 1^{er} janvier 2018 afin de permettre une répartition de la dépense sur deux années budgétaires. Est-ce envisageable?

Envisagez-vous d'augmenter la prime télématique au regard de ces nouvelles obligations ou encore de prendre en charge l'investissement des smartphones et des lecteurs de carte d'identité? D'autres mesures sont-elles envisagées pour ne pas mettre à mal le fonctionnement et le budget de ces acteurs mais également pour leur permettre de continuer à appliquer correctement le tiers-payant aux patients?

11.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Senesael, merci pour votre question. L'obligation de vérification de l'identité du patient au moment de la prestation, alors que le tiers-payant est appliqué, a été instaurée par l'arrêté royal du 18 juin 2015. Dans cet arrêté, il était déjà fait mention de la vérification de l'identité du patient via la lecture de la carte d'identité électronique lorsque les données sont transférées aux organismes assureurs via un réseau électronique. Depuis lors, la Commission de Convention entre les Praticiens de l'art infirmier et les organismes assureurs a été informée de cette obligation et a collaboré à l'instauration des règles y afférentes qui sont reprises dans le règlement des soins de santé et indemnités du 3 octobre 2016.

Les organisations professionnelles du secteur représentées dans la Commission de Convention étaient donc impliquées relativement tôt dans la fixation de la date d'entrée en vigueur. De plus, la date de cette obligation a été communiquée sur le site internet de l'INAMI dès le mois de décembre 2016.

Cette mesure permet notamment, comme vous le mentionnez, de réduire certaines pratiques frauduleuses. Il ne semble donc pas souhaitable de reporter l'entrée en vigueur de cette obligation actuellement déterminée pour le 1^{er} octobre 2017. De plus, cette mesure s'inscrit dans la suite logique de l'informatisation des soins de santé, qui est développée depuis de nombreuses années et permet, entre autres, la gestion électronique des dossiers des patients, le partage des données entre prestataires de soins, tel que prévu dans le plan d'action et santé, une communication plus rapide et standardisée avec les organismes assureurs. Tout ceci aura un impact positif sur la prise en charge des patients.

En ce qui concerne le budget, il est faux de dire que cette mesure a imposé l'achat d'un logiciel. L'obligation de facturer par voie électronique est déjà d'application depuis le 1^{er} juillet 2012, soit près de cinq ans. Depuis, tous les praticiens de l'art infirmier à domicile disposent déjà d'un logiciel, car sans enregistrement, ils n'ont pas d'argent. L'objectif n'est pas de mettre à mal le fonctionnement ou le budget des acteurs de soins infirmiers à domicile mais d'améliorer le système en vue d'une meilleure utilisation des moyens disponibles.

Les critères relatifs à l'octroi de la prime télématique sont actuellement aussi soumis à révision. Dans ce contexte, une adaptation du montant de cette prime n'est à l'heure actuelle pas envisagée.

Je comprends qu'on ait pu vous signaler un problème, mais affirmer qu'on n'a pas de logiciel, c'est impossible puisque c'est obligatoire depuis près de cinq ans.

11.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, merci pour votre réponse. J'en prends acte. Je relayais une demande qui m'avait été adressée. Je vais examiner votre réponse avec les acteurs de terrain. Au besoin, je reviendrais.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les IRM extra-hospitalières" (n° 17575)

12 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "MRI-scans die niet in een ziekenhuis worden gemaakt" (nr. 17575)

12.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai déjà interrogée au sujet des IRM, notamment au sujet du protocole d'accord signé le 24 février 2014 par les gouvernements fédéral et des entités fédérées, qui vise à progressivement réduire l'utilisation des scanners et les remplacer par des examens IRM qui n'utilisent pas de rayonnements ionisants.

Je souhaiterais aujourd'hui avoir davantage d'informations concernant les IRM extra-hospitalières.

Madame la ministre, tous les appareils IRM sont-ils en milieu hospitalier ou certains d'entre eux sont-ils en dehors du site hospitalier (polyclinique ou autre)? Si certains appareils IRM se situent hors milieu hospitalier, pouvez-vous m'en donner la liste? Bénéficient-ils d'un numéro d'agrément propre ou d'un numéro d'agrément hospitalier? Y a-t-il eu de nouvelles autorisations au cours des cinq dernières années pour des appareils IRM extra-hospitaliers? Si oui, pourriez-vous me dire où ils se situent et quand les autorisations ont été obtenues? Y a-t-il eu des transferts d'agrément d'IRM d'un hôpital vers une structure extra-hospitalière sur les cinq dernières années? Si oui, pourriez-vous me dire où et quand ces transferts ont eu lieu? Quels sont les statuts juridiques des structures concernées et les actionnaires éventuels?

12.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, il est stipulé par voie d'arrêté royal qu'un tomographe à résonance magnétique (IRM) ne peut être installé que dans un service d'imagerie médicale situé dans un hôpital ayant un agrément en application dudit arrêté (article 5 § 1 de l'arrêté royal du 25 octobre 2006 fixant les normes auxquelles un service, où un tomographe à résonance magnétique est installé, doit répondre pour être agréé). Par conséquent, l'exploitation d'un appareil IRM n'est pas autorisée en dehors d'un hôpital.

La notification des IRM dans le cadastre national des appareils lourds d'imagerie médicale est une obligation

légale et est indispensable à la facturation des examens.

Pour chaque IRM notifiée, on vérifie si l'hôpital dispose d'un agrément. L'INAMI n'attribue un numéro de facturation INAMI que lorsque toutes les conditions sont remplies.

Pour ce qui concerne l'enregistrement des appareils médicaux lourds, aucun appareil IRM installé en dehors d'un hôpital ne nous a été notifié. Suivant le cadastre, tous les appareils IRM se trouvent dans un hôpital et portent un numéro.

12.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Cela dit, je connaissais la réglementation, mais je vous remercie de l'avoir rappelée.

La question se pose de savoir si tous les appareils IRM se trouvent physiquement dans un hôpital. Autrement dit, se pose la question de savoir si un appareil IRM avec un numéro d'agrément d'un hôpital ne se trouve pas physiquement en dehors dudit hôpital.

Vous me dites que non. Dont acte!

12.04 Maggie De Block, ministre: J'ai posé la question aux services qui m'ont fait part de la réponse que je vous ai donnée.

12.05 Catherine Fonck (cdH): Cela signifie qu'il n'y a jamais eu de dérogation pour qu'un appareil IRM soit installé physiquement en dehors d'un hôpital?

12.06 Maggie De Block, ministre: Je n'en ai pas été informée.

12.07 Catherine Fonck (cdH): Dont acte!

12.08 Maggie De Block, ministre: Si vous disposez d'une preuve, dites-le!

12.09 Catherine Fonck (cdH): Dont acte!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging door het Grondwettelijk Hof van artikel 11 van de wet van 10 juli 2016" (nr. 17577)

13 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annulation par la Cour constitutionnelle de l'article 11 de la loi du 10 juillet 2016" (n° 17577)

13.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, dank u wel, door het voorlezen van de titel van mijn vraag hebt u mijn vraag al half gesteld.

Collega's, wij weten allen waar het over gaat. Het gaat over een voorstel dat ons allemaal na aan het hart ligt.

Door een uitspraak van het Grondwettelijk Hof werd artikel 11 van dat voorstel vernietigd. De overgangsmaatregelen met het oog op de nieuwe wet worden eigenlijk als niet voldoende beschouwd. Daarover blijf ik vragen krijgen van op het terrein.

Mevrouw de minister, zal er nieuwe wetgeving komen of zult u een reparatiewet voorstellen? Zult u dat artikel 11 op een andere manier formuleren? Het Grondwettelijk Hof stelt de overgangsmaatregelen inhoudelijk gezien namelijk niet in vraag. Het Hof vindt alleen dat de duurtijd, tijdens dewelke men zich naar de nieuwe regels kan schikken, te kort is. Daarom had ik graag van u vernomen of u een reparatiewet zult voorleggen en zo ja, wanneer.

13.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Muylle, u hebt uw vraag op 29 maart ingediend. Het voorwerp

van uw vraag was ook al het onderwerp van enkele vragen in de commissievergadering Volksgezondheid van 29 maart. Ik verwijs u dan ook door naar mijn antwoord op de twee vragen van de dames Gerkens en Onkelinx. Het uitvoerige antwoord dat ik toen heb gegeven, heb ik voor u bij op papier. Ik kan u dat overhandigen. Het heeft weinig zin om dat nu als een papegaai te herhalen. Er is sindsdien niets gewijzigd.

Niet het volledige artikel werd vernietigd, slechts een stuk is vernietigd, met name het stuk over de overgangsmaatregelen. Dat ligt nog steeds voor ter studie, om na te gaan of en hoe eraan te remediëren valt. Ondertussen heeft het Grondwettelijk Hof een definitief arrest uitgesproken. De rest van het genoemde artikel 11 blijft in voege.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het alcoholplan" (nr. 17608)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de alcoholmaatregelen waarbij de Gewesten niet betrokken worden" (nr. 17674)

- de heer Alain Mathot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het uitstel van het op de interministeriële conferentie van 27 maart 2017 geagendeerde alcoholplan" (nr. 17728)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de strijd tegen problematisch alcoholgebruik" (nr. 17737)

14 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan alcool" (n° 17608)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures anti-alcool auxquelles les Régions ne sont pas associées" (n° 17674)

- M. Alain Mathot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le report du plan alcool de la conférence interministérielle du 27 mars 2017" (n° 17728)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre la consommation problématique d'alcool" (n° 17737)

14.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het langverwachte en ambitieuze alcoholplan voor ons land komt er blijkbaar nog niet. Wat betreft de onderhandelingen met de deelstaten, als ik het goed begrepen heb werd de interministeriële conferentie van maart 2017 door u afgeblazen omdat er toch geen akkoord in zou zitten. In de plaats daarvan neemt u nu enkele maatregelen die wij zouden kunnen beschouwen als een alcoholplan *light*.

Naar mijn bescheiden mening zijn het trouwens maatregelen die al veel vroeger hadden kunnen worden ingevoerd. De VAD en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg pleiten nochtans al langer dan vandaag voor een alomvattend alcoholplan, niet alleen gericht op jongeren maar ook op volwassenen. Het kan immers niet genoeg worden herhaald dat één Vlaming op tien kampt met problematisch alcoholgebruik.

Mevrouw de minister, wanneer zullen de meerderheidspartijen van dit land, uw coalitiepartners dus, het eens worden over wat er wel of niet in het alcoholplan moet staan?

Betekent uw afzegging dat de besprekingen met de deelstaten definitief van de baan zijn of is er toch nog ruimte voor een heropstart van het overleg? Zo ja, wanneer mogen wij dat verwachten?

Bent u van plan om nog andere maatregelen in te voeren zoals het verbod op verkoop van alcohol in nachtwinkels en tankstations, dus los van wat de deelstaten ook mogen doen of laten? Zo ja, wanneer zult u dat doen? Zo nee, waarom niet?

Ik dank u alvast voor uw antwoorden.

14.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over hetzelfde probleem dat mevrouw Jiroflée heeft aangehaald.

De interministeriële besprekingen zijn blijkbaar niet gevlot zoals u het had verwacht. Ik benadruk dat ik de maatregelen tegen reclame, die u zelf aankondigt, absoluut positief vind. Ik heb echter twijfels over de

aanpak en vrees voor een paar negatieve gevolgen ervan. Vandaar de volgende vragen.

De Jury voor Ethische Praktijken is een zelfregulerend orgaan, dat in de praktijk helaas al heeft bewezen niet altijd de meest strenge normen na te leven. Waarom steunt u — naast zelfregulering — geen afdwingbare wet? Alleen zo kunnen wij alcoholreclame gericht op minderjarigen effectief aan banden leggen.

Dat de boetes voor inbreuken omhoog gaan is een goede zaak, maar in hoeverre kunnen producenten van alcohol, uitgevers, drukkers, kortom, alle personen die bij de verspreiding van reclame betrokken zijn, beboet worden voor inbreuken op de reclameregels?

Ik steun uw initiatief om de alcoholverkoop te verstrengen. Ik hoop echter dat u de verantwoordelijkheid niet bij organisatoren van fuiven zult leggen. Bent u het met mij eens dat er in de eerste plaats toezicht moet komen op de distributeur die alcohol verkoopt en verspreidt?

Ten slotte, ik zou graag weten wat er is misgelopen op de interministeriële conferentie? Waarom bent u niet tot een globaal akkoord gekomen met de regio's? Zult u het overleg voortzetten of zijn alle bruggen opgeblazen?

14.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, nous avons appris que vous avez retiré le plan alcool fédéral-entités fédérées de la Conférence interministérielle du 27 mars 2017. À la place, vous lâchez un communiqué de presse, souvent appelé "communiqué écran de fumée", avec des mesures qui sont racrapotées au niveau de l'ambition. C'est le moins que l'on puisse dire!

Vous dites à l'extérieur que c'est parce que vous avez perdu patience devant le refus d'avancer des entités fédérées. Quand on sait que, précédemment, votre parti a déjà bloqué à deux reprises les plans tabac, permettez-moi de vous dire que cela apparaît quelque peu particulier!

Avant d'en venir à certains points, je vais vous citer les réactions. Yvan Roque, Président de la Fédération Horeca Bruxelles est favorable à votre plan. À l'inverse, Thomas Orban, président de la Société scientifique de médecine générale (SSMG) et responsable de la cellule alcool de la SSMG dit que c'est un "véritable scandale de mièvrerie et d'inefficacité". Tout est dit.

Madame la ministre, pour ce qui est de la surveillance publicitaire, autorégulation, vous annoncez même que toute publicité pour mineurs devra passer devant le jury d'éthique publicitaire. Faut-il rappeler qu'il ne peut pas y avoir de publicité pour les mineurs? Comment peut-on encore imaginer aujourd'hui ne pas avoir des positions beaucoup plus claires, beaucoup plus restrictives sur la publicité?

En ce qui concerne l'intensification des contrôles au niveau des lieux de vente: vous maintenez les distributeurs automatiques, alors que, vous le savez, ils peuvent être facilement déverrouillés par la carte d'identité d'un copain plus âgé. Au niveau des étiquettes sur les âges, vous mettez en place un système qui appose sur la base volontaire. C'est risible, madame la ministre! Comment pouvez-vous imaginer qu'on peut avoir à nouveau une politique ambitieuse en la matière?

Pour ce qui est de l'alcool au volant: rien! Alcool sur le lieu de travail: rien! Sur le prix, rien! Sur le soutien aux médecins généralistes, consultations alcool remboursées: rien!

Autant de questions précises mais surtout un aspect beaucoup plus global. Madame la ministre, quelle a été la réaction des entités fédérées? Ne me dites pas que chacun va faire son histoire dans son coin! C'est vous-même et votre parti qui avez bloqué les plans alcool à chaque fois que les uns et les autres demandaient des positions fortes.

J'ai entendu les expressions d'autres partis de votre majorité. Leurs positions étaient plus claires, courageuses et fortes pour lutter contre le plan Alcool. Votre plan est-il soutenu par le gouvernement? Les entités fédérées ne le soutiennent pas. Elles voulaient aller beaucoup plus loin. Je ne peux évidemment que déplorer votre stratégie de santé publique.

14.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, het is niet gelukt om in de interministeriële conferentie tot een akkoord te komen over een globaal alcoholplan. Een akkoord zou betekend hebben dat alle ministers van alle overheden zich hadden kunnen vinden in elkaars voorstellen. Het is geen geheim dat sommige partners bleven eisen dat er binnen mijn bevoegdheden nog meer maatregelen werden genomen,

die naar mijn aanvoelen meer betuttelend waren dan gericht op het aanpakken van alcoholmisbruik.

Maar om tot een akkoord te komen moet men na grondige discussies ook kunnen vaststellen dat het niet zal gaan, en dan vooral inschatten dat de stappen die gezet moeten worden de goede richting uitgaan. Ik vond ook dat de investeringen voor de preventiemaatregelen, een bevoegdheid van de Gemeenschappen, nogal mager waren, maar ik was bereid om dit als een eerste stap te zien. Wij komen tenslotte uit een langdurige impasse.

Ik kan u verzekeren dat ik voluit ben gegaan tot die laatste vrijdag voor de interministeriële conferentie, om te blijven onderhandelen om een akkoord te bereiken, temeer omdat ik de interministeriële conferentie als een belangrijk en zeer nuttig vehikel zie om complexe problemen aan te pakken.

Wij zijn dus niet tot een akkoord gekomen. Ik wou echter geen tijd meer verliezen, maar mijn deel van het plan uitvoeren.

Mevrouw Jiroflée, u had het daarnet over mijn bevoegdheid als federaal minister, maar ik wijs u erop dat wij, hiërarchisch gezien, allemaal gelijk zijn in de interministeriële conferentie. Ik zit die conferentie soms voor, maar het voorzitterschap is roterend. Dus, zelfs al zit ik de conferentie voor, of collega Vandeurzen, collega Gosuin, of wie dan ook, de voorzitter heeft geen hiërarchische functie. Zo gaat het ook wat de deelstaten betreft. Wij staan allemaal op hetzelfde niveau. Een minister van een deelstaat is gelijk aan een federaal minister. Ik deel daar dus de verantwoordelijkheid samen met mijn collega's.

Ik ga thans graag in op de zaken die naar voren werden geschoven in de verschillende vragen.

Concernant les contrôles sur la vente dans les distributeurs automatiques, je peux vous informer que 1 125 et 1 138 distributeurs automatiques ont été contrôlés respectivement en 2015 et en 2016. Le nombre de distributeurs proposant de l'alcool sans contrôle d'âge s'élevait à 10 % pour ces deux années. Depuis la fin de l'année 2016, le service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique dispose de douze contrôleurs supplémentaires, ce qui représente un renforcement de 50 % de la capacité de contrôle. L'une des priorités des nouveaux contrôleurs est le contrôle de l'interdiction de vente de l'alcool aux jeunes.

Pour l'année 2017, 1 500 contrôles de distributeurs automatiques sont prévus. Quelques formations doivent encore être suivies par des contrôleurs dans le courant du premier semestre. Nous tenterons de fournir un effort également pour les années 2018 et 2019.

Par ailleurs, j'entretiens aussi des actions dans le domaine de la santé publique, dont l'amélioration des connaissances des professions de soins de santé et d'accès, qui sont pour moi des points principaux. Ainsi, depuis 2009, un projet Liaison alcool a été mis en place à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles. Ce projet a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes présentant une problématique éthylique par la formation et la sensibilisation du personnel soignant, tout en offrant un soutien médico-psychosocial par le renforcement des ressources intra- et extra-hospitalières existantes.

Dès 2013, le projet s'est exporté dans les hôpitaux suivants: le CHR de la Citadelle à Liège, l'AZ Groeninge à Courtrai et le CSF de Chimay. J'ai récemment décidé d'élargir le projet à l'UZ Gent, au Ziekenhuis Oost-Limburg, au Centre hospitalier Jolimont et à l'hôpital Princesse Paola à Marche-en-Famenne.

Le projet est actuellement financé via deux arrêtés royaux de subsides: l'arrêté royal du 9 février 2017 pour les quatre premiers hôpitaux impliqués dans le projet, pour un montant de 267.000 euros et pour les quatre nouveaux hôpitaux impliqués, la procédure est en cours pour la publication et ceci pour un montant de 199 000 euros.

Le budget global pour 2017 est donc de 467 000 euros.

Je travaille aussi au développement d'une campagne de sensibilisation qui visera à fournir aux professionnels de la santé des informations et des outils pour aborder la problématique des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse ainsi qu'avec leurs patients pour les aider à mieux réaliser le screening et le diagnostic des situations problématiques. La campagne permettra aussi d'optimiser l'accompagnement des enfants subissant des dommages liés à un syndrome d'alcoolisation fœtale.

Un manuel d'aide à l'intention des professionnels de la santé, qui comprendra des informations scientifiques

et des outils pratiques de communication et de screening, devrait être finalisé avant la fin juin. Ce manuel est destiné à soutenir le groupe cible dans sa pratique quotidienne et sera diffusé début 2018 via différents canaux. Il pourra éventuellement être utilisé comme base pour des formations.

Les modalités concrètes ultérieures de la campagne seront discutées dans les prochaines semaines avec les services et organisations impliqués.

Je souhaite encore renforcer le cadre d'autorégulation en matière de publicité. Vous avez cité certains points allant dans ce sens. Certaines modalités de propositions telles que les amendes et l'avis préalable obligatoire seront encore examinées ces prochaines semaines. Je compte diffuser des spots radio et télévisés.

De verkoop en aankoop van alcohol betreft een gedeelde verantwoordelijkheid tussen zowel de distributeur, de organisator van de fuif als de consument. Dit uit zich in het beleid door maatregelen als het versterken van de controledienst. Wij zullen ook maatregelen nemen om de onduidelijkheid rond de leeftijd op te lossen. Ook zullen wij verder gesprekken voeren met de alcoholproducenten om via etikettering nog meer duidelijkheid te geven. De discussie in verband met etikettering met betrekking tot de energiewaarden duurt al een tijdje en wordt nog altijd gevoerd op Europees niveau.

Voor vragen met betrekking tot acties binnen andere domeinen, moet ik u doorverwijzen naar de verantwoordelijke ministers. Vermits er geen globaal goedgekeurd plan is, kan ik daar ook geen communicatie over voeren.

Wat de reactie van de collega's van de deelstaten betreft, zij weten goed genoeg hoe moeilijk die gesprekken verlopen zijn. Toen het die bewuste vrijdag duidelijk werd dat er geen akkoord zou komen, werd het contact ook afgeblazen. Ik sta open voor verdere contacten, maar ik zal er zelf geen vragende partij meer voor zijn.

14.05 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik heb in de context van deze vraag absoluut niet gezegd dat u, bij wijze van spreken, de baas was. Ik heb iets in die richting gezegd, maar ik heb absoluut niet gezegd dat u de eindverantwoordelijke bent. Ik weet dat daar inderdaad een gelijkheid speelt. Ik vind alleen dat men op federaal niveau, en dus bevoegd voor het hele land, een voorbeeldfunctie kan vervullen, zowel op het vlak van tabak als van alcohol, en dat zie ik u duidelijk niet doen.

Ik maak uit uw laatste uitspraak op dat u boos bent en zelf geen initiatieven meer neemt. Enerzijds kan ik mij voorstellen dat u boos wordt als u het gevoel hebt dat er stokken in de wielen worden gestoken of dat partners niet willen bewegen. Anderzijds blijf ik het wel de verantwoordelijkheid van de federale overheid vinden om een voorbeeldrol te spelen, ook al staat u hiërarchisch naast en niet boven uw collega's in de interministeriële conferentie. Het is tenslotte vanop federaal niveau dat men het hele land kan bekijken in helikoptervisie

Het is spijtig te horen dat u ter zake geen initiatief meer zult nemen, maar nogmaals, ik heb er alle begrip voor als men de discussies beu wordt.

Ik ben wel blij te vernemen dat er sensibilisering rond zwangerschap komt, dat de controledienst zal worden versterkt en dat de onduidelijkheden inzake leeftijd zullen worden verduidelijkt. Dat vind ik een heel goede zaak. Ik weet echter niet op welke termijn u dat ziet. Dat zou ik nog graag van u vernemen.

U weet dat ik niet volledig geloof in het versterken van de zelfregulering. Ik meen dat zelfregulering naast een duidelijke regulering vanuit de overheid moet staan.

Ten slotte, ik noteer dat u blijkbaar niet van plan bent, want u bent daarop niet ingegaan, om te praten over of te werken aan een verbod op de verkoop van alcohol in nachtwinkels en tankstations. Dat vind ik zeer jammer.

14.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij de woorden van mijn collega, in die zin dat ik het betreurt dat u als federaal minister geen voorbeeldfunctie wil nemen want volksgezondheid is uiteraard zeer belangrijk.

Ik begrijp wel dat de gesprekken met de deelstaten op een bepaald moment de mist zijn ingegaan, maar

toch zult u met uw collega's moeten praten, aangezien het gaat om een gedeelde bevoegdheid.

14.07 Minister **Maggie De Block**: Ik heb niet gezegd dat ik niet wil praten, maar wel dat ik het initiatief niet meer zal nemen want dat heb ik de vorige keren gedaan. Ik ben wel bereid om mee te werken als een deelstaat het onderwerp agendeert, maar, nogmaals, ik zal het initiatief daartoe niet nemen. De limieten om met iemand zijn voeten te spelen, als ik mij zo mag uitdrukken, zijn bereikt. Dat zal misschien nog veranderen zoals alles kan veranderen, maar ik zal het initiatief niet meer nemen.

14.08 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb nog een laatste punt van repliek. Volgens mij helpt zelfregulering niet zonder afdwingbare wetten in een sector waar er, net zoals bij tabak, suiker of glyfosaat, een grote lobby aan het werk is.

14.09 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, wat u zegt over zelfregulering gaat in tegen de evolutie die in alle sectoren merkbaar is en die haar vruchten afwerpt. Bent u dan een *non-believer*, net als degenen die denken dat ook vaccinatie niets uithaalt? Er zijn *believers* en *non-believers*. Zelfregulering is er in alle sectoren. De regering zal dat ook invoeren in de sector van de *medical devices*. Als de sector zelf kan helpen uitwerken of controleren, dan gebeurt dat meestal goed. Uiteraard is er nadien nog een controle.

U bent altijd mee met de trein, maar de trein van de zelfregulering, die zou u laten passeren.

14.10 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik ben absoluut niet tegen zelfregulering. Bovendien is de discussie over de vaccinaties iets totaal anders.

Het gaat echter om een sector waarin een keiharde lobby aan het werk is en waarin nog zoveel andere krachten spelen. Zelfregulering mag daar niet primeren, maar moet naast een duidelijk afdwingbaar kader staan.

14.11 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je ne sais ce qui me préoccupe le plus: votre position archi légère sur la lutte contre les excès d'alcool ou votre air convaincu lorsque vous nous expliquez votre action? En tout cas, je dois bien constater que l'autorégulation de la publicité reste largement insuffisante, comme nous vous l'avons montré plusieurs fois en citant nombre d'exemples. Une politique plus énergique est nécessaire. Les limitations aux points d'accès, les distributeurs qui devraient, selon moi, être interdits, les points de vente le long des autoroutes - tels que les stations-service, les ventes nocturnes d'alcool constituent autant de questions auxquelles vous ne répondez pas ou bien des problèmes contre lesquels vous prenez des mesures bidon - comme si les jeunes allaient être dissuadés par les contrôles et les verrouillages des distributeurs! L'augmentation du prix et le soutien aux médecins généralistes sont des exemples frappants.

Vous vous situez en deçà des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en ce domaine. Vous êtes tout sauf en *evidence based* et tout sauf en ligne avec ce que les experts vous ont pourtant recommandé en long et en large. Je dois donc constater qu'une fois de plus, vous vous êtes attachée à l'enjeu défendu par le secteur économique et non pas à celui de la santé. Comme avec le tabac, vous cédez aux lobbies du secteur. Ce n'est pas seulement l'opposition qui vous le dit, mais également des membres de la majorité, les experts, les médecins, tous ceux qui prennent quotidiennement en charge les patients concernés.

Nous avons un taux record de consommation d'alcool en Belgique par habitant, avec une mortalité et une morbidité extrêmement élevées qui y sont associées. Pour tous ces patients, je ne puis que regretter que vous n'ayez pas eu le courage et l'ambition de défendre la santé publique avant le secteur économique.

14.12 **Maggie De Block**, ministre: On parle toujours du lobby de ceci ou de cela. Excusez-moi, madame Fonck, ce n'est peut-être pas votre cas, mais je n'ai rencontré personne qui serait susceptible d'œuvrer au sein d'un lobby du tabac ou des boissons alcoolisées. Ces gens connaissent mon nom, mais ne m'ont jamais demandé un rendez-vous. Vous pensez que mon cabinet reçoit des lobbyistes à tour de bras? C'est toujours vous qui l'affirmez. De même que d'autres écrivent des articles prétendant: "La ministre est vraiment sensible aux lobbies".

Comment pourrais-je être sensible aux lobbies alors que je n'ai jamais rencontré personne? Je vous pose la question.

14.13 Catherine Fonck (cdH): (...)

La **présidente**: Nous nous inscrivons ici dans le cadre de questions orales où le temps de parole est normalement limité. Or, à certains moments, ils sont trop largement dépassés. Après un échange de vues, il y a forcément toujours un sentiment de frustration. Mais il va quand même falloir faire preuve de discipline.

Comme le dernier mot revient au parlementaire, je vous donne la parole, madame Fonck.

14.14 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, j'attire ici l'attention sur le fait que les dépassements de temps de parole sont bilatéraux.

La **présidente**: Je n'ai pas dit autre chose, madame Fonck.

Cela dit, je vous demande d'être brève.

14.15 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, il n'est pas nécessaire de rencontrer le secteur pour savoir qu'il veut de l'autorégulation et non des mesures phares et claires en matière de publicité. Il n'est pas nécessaire de rencontrer le secteur pour savoir – il le dit partout et dans toutes les langues – qu'il ne veut pas supprimer les publicités chez les distributeurs. Il n'est pas nécessaire de rencontrer le secteur pour savoir qu'il ne veut pas de mesure claire pour les points de vente situés le long des routes, dans les stations-service, etc.

Je constate que les décisions que vous avez prises sont en phase non pas avec ce que disent les experts de la santé, mais avec le secteur.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 17581 de M. Egbert Lachaert est transformée en question écrite.

15 Questions jointes de

- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets indésirables de certains appareils de soins esthétiques" (n° 17589)

- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pratique de la cryothérapie en Belgique" (n° 17604)

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ongewenste effecten van sommige apparaten voor schoonheidsbehandelingen" (nr. 17589)

- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "cryotherapie in België" (nr. 17604)

15.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vais reformuler les deux questions.

Que ce soit l'épilation au laser ou cette nouvelle tendance qui consiste à mincir en utilisant le froid, ce que l'on appelle la cryothérapie, une série de nouvelles méthodes diététiques d'amaigrissement comportent de nombreux effets nocifs pour la santé. Il est fait état, après usage de ce type de machines, de brûlures oculaires ou cutanées profondes, de fortes et longues douleurs, de troubles de la pigmentation et de réactions inflammatoires organisées.

Madame la ministre, bien que l'on sache qu'une réglementation existe déjà en la matière, je me pose néanmoins la question du cadre réglementaire dans lequel nous travaillons à ce jour dans notre pays pour autoriser ou non l'utilisation de ce type d'appareils.

Est-il envisagé d'améliorer ce cadre? Existe-t-il des contrôles des établissements de soins esthétiques utilisant ce type d'appareils? En 2016, combien de personnes ont-elles dû être hospitalisées pour des effets indésirables dus à une mauvaise utilisation d'appareils de soins esthétiques? Si, pour la dernière question, vous ne disposez pas encore de chiffres, j'introduirai celle-ci sous forme de question écrite car c'est peut-être trop long.

15.02 Maggie De Block, ministre: Madame Jadin, les appareils et les substances auxquels vous vous référez sont des produits de santé et sont donc soumis à la législation relevant des compétences de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). Le contrôle des instituts de soins esthétiques ne relève pas du contrôle fédéral. Par contre, les autorités fédérales sont bien compétentes en matière d'exercice de l'art médical, et ce peu importe l'endroit.

Aucun contrôle n'a été effectué par les inspecteurs des soins de santé. Le cadre légal ne prévoit pas l'enregistrement de telles pratiques pour prestations esthétiques.

Les systèmes d'enregistrement existants, tels que les résumés hospitaliers minimaux, ne permettent pas d'indiquer des informations sur les hospitalisations à la suite de lésions dues à l'application de tels appareils. Il n'existe pas non plus de système de notification d'incidents survenus lors de telles prestations. La loi ne prévoit rien de tel.

Sachez que le groupe de travail Cosmétologie du Conseil supérieur de la Santé a émis des avis relatifs aux appareils à usage cosmétique; il s'agit des avis n^{os} 4641, 4719, 8837, 8587 et 9102. Je me permets donc de me référer à ces documents.

Concernant la cryothérapie, il faut distinguer les indications médicales pour traitement par le froid, les indications médicales dermatologiques et les indications cosmétologiques à des fins esthétiques. Pour ce qui est des applications médicales, je tiens à souligner qu'il s'agit de prestations vraiment réservées aux médecins, infirmiers et kinésithérapeutes. La loi relative à l'exercice des soins de santé de 2015 stipule que les kinésithérapeutes peuvent appliquer des traitements par le froid en vue de réduire le métabolisme cellulaire, les inflammations et la douleur. Les médecins peuvent déléguer le traitement par le froid à un praticien de l'art infirmier. Ce type de thérapie requiert un instrument dont la température peut varier autour du point de congélation de l'eau.

En dermatologie, la température utilisée pour la cryothérapie est nettement plus basse. On utilise alors de l'azote liquide ou des substances chimiques ayant un point de congélation très bas, comme le chloroéthane. Ces applications sont requises pour traiter les lésions cutanées locales par ablation (par exemple, de verrues), les lésions pigmentaires précancéreuses ou, encore, les petites tumeurs malignes. Ce type de traitement est administré par des médecins dans leurs pratiques médicales aussi bien dans des hôpitaux qu'en dehors. Les autorités en charge de la santé ne tiennent pas de registres spécifiques à ce sujet. Les traitements à l'air sec et froid se font à des températures inférieures à moins 100 degrés. Appliquée sur tout le corps, la *whole body cryotherapy* est proposée, entre autres, comme traitement de conditionnement chez les sportifs. L'évidence relative à ce traitement est controversée.

Les autorités en charge de la santé n'ont pas d'aperçu quant à l'application de cette méthode dans notre pays.

Enfin, pour ce qui concerne les applications cosmétiques, la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique précise, en son article 2, que la médecine esthétique non chirurgicale comprend tout acte technique médical non chirurgical réalisé à l'aide de tout instrument, substance chimique ou dispositif utilisant toute forme d'énergie comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses et visant principalement à modifier l'apparence corporelle du patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur. Par conséquent, les actes auxquels vous vous référez font partie du champ d'application de la loi précitée.

La loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 stipule que l'exercice illégal de l'art médical constitue aussi l'accomplissement habituel de tout acte médical comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses et visant principalement à modifier l'apparence corporelle du patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur, et ce sans répondre aux critères légaux.

Il s'agit donc d'actions illégales. Il faut porter plainte

15.03 Katrin Jadin (MR): C'est bon à savoir! Je vous remercie, madame la ministre, pour votre réponse plus que détaillée.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: À sa demande, la question n° 17593 de Mme Katrin Jadin est transformée en question écrite.

16 Question de Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la téléconsultation en Belgique" (n° 17605)

16 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "teleconsultatie in België" (nr. 17605)

16.01 **Katrin Jadin** (MR): Madame la ministre, l'emploi de multiples outils de communication visant à faciliter le parcours de santé des patients tend à devenir une norme européenne. Outre le déploiement du numérique et de la consultation en ligne, la consultation téléphonique demeure pour l'heure aussi un moyen de consultation, certes plus traditionnel, mais accessible à tout le monde, je pense.

En Suisse, 50 % des consultations sont résolues par téléphone, avec un service disponible 365 jours par an, et ce 24 h / 24. La délivrance d'ordonnances et l'établissement des certificats d'incapacité de travail sont également possibles par ce biais. Ces derniers sont envoyés par fax ou par mail. L'État du Baden-Württemberg en Allemagne envisage d'appliquer le modèle suisse sur son territoire.

Madame la ministre, quelle est votre analyse de ce type d'instrument mis en place dans d'autres pays, notamment la consultation téléphonique? Quels sont les modes de consultation alternatifs à ce jour autorisés dans notre pays? Quand je dis "alternatifs", je veux dire par rapport à la consultation classique où le patient se rend chez son médecin ou inversement de manière physique.

Envisagez-vous le déploiement de ce système de consultation téléphonique? Le cas échéant, avez-vous éventuellement déjà réfléchi à des modèles alternatifs qui pourraient fonctionner dans notre pays?

16.02 **Maggie De Block**, ministre: Je vous remercie, madame Jadin. J'ai effectivement connaissance de ce type de consultation. Mon administration a en effet eu des contacts avec une firme privée qui a mis en place un système similaire en France.

De plus, en exécution du Plan d'action e-santé et plus précisément du point d'action 19, l'INAMI a lancé, en juillet 2016, un appel à projets à l'issue duquel 24 projets pilotes ont été sélectionnés. L'un de ces projets concerne la téléconsultation dans le domaine de la santé mentale. Les résultats de ces projets pilotes sont attendus au premier trimestre 2018.

Sans vouloir anticiper sur ces conclusions, il me semble préférable de disposer du dossier médical d'un patient lors d'une téléconsultation, soit par le fait qu'il y a déjà eu un contact en face à face au préalable entre le patient et le médecin, soit par la mise à disposition du SUMER, une seule fois.

Les conditions de remboursement des téléconsultations seront alignées sur celles qui ont été élaborées dans le cadre du *mobile health* et cela signifie, entre autres, qu'il faut pouvoir prouver que la téléconsultation a bien eu lieu afin de pouvoir exclure toute fraude, et ce, des deux côtés. Il faut pouvoir en faire la preuve pour éviter tout abus. Le fait qu'un tel projet a été sélectionné signifie que cela évolue et que du travail est à faire. Ce serait vraiment intéressant.

16.03 **Katrin Jadin** (MR): Madame la ministre, nous le pensons toutes les deux. Il serait intéressant de connaître les premiers résultats de cette implémentation en Suisse ou au Bade-Wurtemberg. J'ignorais que quelque chose était mis en place en France. Pour ce qui est de l'implémentation de ce système, il est évident qu'il faut pouvoir déterminer où les problèmes se situent dans la praticabilité de ce système, et aussi dans la fiabilité. Vous avez totalement raison; il faut que ce soit mis en place de manière fiable. J'entends donc que c'est un outil qui pourrait s'appliquer à notre pays. Essayons de creuser un peu dans cette direction.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

17 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over

"de tandartsen die geen FANC-vergunning voor radiologie hebben gekregen" (nr. 17629)

17 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dentistes n'ayant pas obtenu d'autorisation de l'AFCN pour la radiologie" (n° 17629)

17.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, in juni stelde ik u een vraag over de FANC-vergunningen van tandartsen. Van op het terrein hadden mij immers verhalen bereikt, zowel van patiënten als van tandartsen, dat er tandartsen aan de slag zouden zijn zonder die FANC-vergunning. Uit de cijfers die u gaf in antwoord op mijn parlementaire vraag, blijkt dat een terechte bezorgdheid: een groot deel, tot zelfs de helft van de tandartsen die in dit land aan de slag zijn, heeft geen FANC-vergunning.

U antwoordde op mijn schriftelijke vraag dat er de voorbije vijf jaar vier controles werden uitgevoerd, drie in Brussel en één in Vlaanderen. Hierbij werden ook telkens inbreuken vastgesteld en werden de oneigenlijk geïnde bedragen teruggevorderd. De helft zou ook een boete hebben gekregen.

Later stelde u uw verklaring aan een journalist bij, want u had het over 96 controles, waaronder ook de controles op de FANC-vergunningen. Hoe zit dat nu precies? Hoeveel controles, specifiek op die FANC-vergunningen, zijn er nu eigenlijk jaarlijks? Zijn het er inderdaad vier de voorbije 5 jaar?

Als dat zo is, spreken wij over een pakkans jaarlijks van 1 op 8 000, die nagenoeg onbestaande is. Als er bij die weinige controles de voorbije vijf jaar ook meteen vier overtredingen werden vastgesteld, denkt u dan niet dat het nodig is om het aantal controles op te drijven? Zijn er plannen op dat vlak?

U stelde dat telkens de oneigenlijk geïnde bedragen werden teruggevorderd en dat ook in de helft van de gevallen boetes werden opgelegd. Over hoeveel geld gaat het? Tot wanneer kunt u terugvorderen? Betreft het alle aangerekende prestaties tot jaren terug of hoe wordt dat dan precies bepaald? Over welke bijkomende boetes gaat het dan precies?

Ik heb ook voorgesteld om preventief op te treden om te vermijden dat tandartsen zonder zo'n FANC-vergunning uitbetalingen voor prestaties radiologie ontvangen. Is dat praktisch haalbaar en overweegt u een maatregel ter zake te nemen? Wat kunnen wij verwachten?

Ten slotte, legt het ontbreken van een FANC-vergunning, veelal omdat de betrokken tandartsen die niet hebben behaald wegens onvoldoende kennis van de taal, niet een breder probleem bloot, met name de onvoldoende kennis van de taal bij buitenlandse zorgverstrekkers? Is dat geen teken aan de wand voor de gebrekkige taalkennis? Daarom heb ik een vraag in een breder kader. Waarom maakt u geen werk van een taaltest voor EU-burgers? Andere landen doen dat wel, waarom ons land niet?

17.02 Minister **Maggie De Block**: Sinds 2015 voert het FANC sensibiliseringscampagnes voor tandartsen die gebruikmaken van ioniserende stralingen. Als sluitstuk is in 2016 een lijst van 62 niet-vergunde tandartsen aan de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle overgezonden. Bij nazicht van de lijst heeft de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle vastgesteld dat 38 van die tandartsen een totaal omzetprofiel, dus van alle tandheelkundige prestaties samen, van minder dan 1 000 euro hadden. Die 38 werden niet verder onderzocht.

Van de overige 24 tandartsen die wel een omzetprofiel hadden van meer dan 1 000 euro, waren er op dat moment nog slechts twee die op dat moment gebruikmaakten van ioniserende stralen. Daarom is er op het moment nog steeds een onderzoek aan de gang naar de twee tandartsen door de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle.

Het KB van 20 december 2016 betreffende de uitwisseling en de koppeling van informatie en gegevens tussen het FANC en het RIZIV zal bijdragen tot een beter handhavingsbeleid. Er is nu een kader om meer grootschalige en/of preventieve acties te voeren, in tegenstelling tot de ad-hocacties naar aanleiding van de melding van probleemgevallen.

Alle tandartsen met een visum dat toegang geeft tot de uitoefening van de tandheelkunde in België en die beeldvorming met ioniserende stralen verstrekken, maar geen of een ongeldige FANC-gebruikersvergunning hebben, zijn opgelijst. Het federale agentschap en de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle nemen samen het initiatief om aan de situatie te remediëren.

Er werd ook een lijst van tandartsen opgemaakt die de opleiding radioprotectie hebben gevolgd in het kader

van de FANC-reglementering. De tandartsen op die lijst worden ook toegevoegd aan de doelgroep die voor controles in aanmerking komt.

De nomenclatuur tandheelkundige verstrekkingen met radiologische beeldvorming voorziet in de verplichting aan de FANC-reglementering te voldoen.

Op 24 april 2017 werd overigens in het Verzekeringscomité nog beslist de nomenclatuur nog meer gedetailleerd aan te passen, zodat zonder enige dubbelzinnigheid duidelijk is dat de verstrekker moet documenteren dat de gebruikersvergunning, de exploitatievergunning en de fysieke controle beschikbaar zijn alsook dat aan de medische stralingsfysische voorwaarden wordt voldaan.

Indien de nomenclatuur wordt gebruikt, zonder dat men aan die voorwaarden voldoet, is dat niet conform. Het RIZIV kan in voorkomend geval tot de terugvordering van de onterecht geïnde bedragen overgaan.

De nomenclatuur is minder duidelijk voor tandheelkundige verstrekkingen, waarbij RX-beelden eventueel zijn inbegrepen. Het gaat over sommige tandartsen die niet de nodige erkenning hebben, maar wel de nodige RX kunnen voorleggen.

De Technisch Tandheelkundige Raad is dan ook bezig met een voorstel van aanpassing van nomenclatuur, dat in de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle mee is uitgewerkt. Het zal eerstdaags worden gevalideerd, teneinde ook op dat vlak meer duidelijkheid te creëren.

Inzake de mogelijke terugvorderingen ten gevolge van het niet-conform gebruik van de nomenclatuur is mij medegedeeld dat het bij het RIZIV nog niet mogelijk is op korte termijn exacte en gevalideerde cijfers van terugvorderingen die aan het niet-conform gebruik van de nomenclatuur gerelateerd zijn, voor te leggen.

Ik heb gevraagd mij op de hoogte te houden en dus desgevallend ook u.

U kunt vaststellen dat het instrumentarium om repressief op te treden tegenover tandartsen die niet met de regelgeving inzake nucleaire veiligheid in orde zijn, ondertussen op punt is gesteld en dat op dat vlak ook resultaten zullen worden geboekt.

Uw laatste vraag behoort, zoals u weet, niet tot mijn bevoegdheid. Het gebrek aan kennis van het vergunningsstelsel van het FANC is mogelijk te wijten aan minder affiniteit met de regelgeving met betrekking tot de volksgezondheid en de nucleaire veiligheid, veeleer dan met een taalkwestie. Dit reglementair kader is Europees. Ik neem aan dat in de basisopleidingen voor tandartsen hierin ook is voorzien. Wat de taalkennis betreft, verwijs ik naar de omzetting van de Europese richtlijnen ter zake en dus naar eerdere antwoorden op soortgelijke vragen.

17.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, wat het antwoord op vorige vragen betreft, u zei altijd dat de reflectie nog aan de gang was over het wel of niet opstellen van een taaltest.

17.04 Minister Maggie De Block: De reflectie is inderdaad nog altijd bezig. Het blijkt niet zo'n simpele bevalling te zijn.

17.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Het eerste deel van uw antwoord pleziert mij in die zin dat erkend wordt dat de controles in het verleden ad hoc gebeurden en vandaar ook beperkt waren, maar dat er vandaag meer proactief wordt opgetreden en dat de lijst wordt afgewerkt om na te gaan of die tandartsen effectief onrechtmatig aan de slag zijn. Ook de aanpassingen in de nomenclatuur zijn in die zin toe te juichen.

Wat betreft de terugvorderingen is er nog geen antwoord gekomen. Ik hoop dat wij in de loop van de komende weken een antwoord zullen ontvangen van het RIZIV.

Ik vind het zeer jammer dat de reflectie over de taaltest blijft duren. Ik begrijp niet dat andere landen het wel kunnen opleggen. Er is twee minuten politieke moed voor nodig, maar als dat niet aan de dag kan worden gelegd, dan kan het Parlement hieromtrent zeker de nodige initiatieven nemen.

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

18 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Lyrica" (nr. 17639)

18 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Lyrica" (n° 17639)

18.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit is een vraag naar aanleiding van een artikel in *The New England Journal of Medicine*, waarin wordt aangetoond dat Lyrica niet zou helpen bij zenuwpijn, in tegenstelling tot wat vorige studies zouden hebben uitgewezen en waarop werd beslist tot terugbetaling van dat middel.

Vandaag wordt Lyrica bij ons nog altijd terugbetaald voor die indicatie. Hebt u kennisgenomen van het onderzoek en plant u een herziening van de terugbetaling?

Ik heb al vragen gesteld over het breder kader en met betrekking tot het herzien van de lijst van vergoedbare geneesmiddelen. U zei dat een cel daarrond werkte. Is dat het geval? Werkt deze cel effectief aan het bijhouden van wetenschappelijke bevindingen en aan het herzien van de lijst van vergoedbare geneesmiddelen? Wat is er al uit de bus gekomen? Het lijkt mij essentieel om de middelen voor te behouden voor mensen die het echt nodig hebben.

18.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, wat betreft Lyrica, de beslissing omtrent de tegemoetkoming van een farmaceutische specialiteit is gebaseerd op het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, waarin experts van verschillende universiteiten en vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de beroepsorganisaties van artsen en apothekers zetelen. Zij hebben de taak om terugbetalingsdossiers ingediend door het bedrijf grondig te onderzoeken.

De CTG baseert zich voor het bepalen van de vergoedingsmodaliteiten van een farmaceutische specialiteit in de eerste plaats op de officieel erkende indicatie zoals vermeld op de wetenschappelijke bijsluiter van het geneesmiddel, aangezien daarvoor zowel de werkzaamheid als de veiligheid het meest uitgebreid worden onderzocht.

Daarnaast is het gebruikelijk dat op basis van nieuwe beschikbare evidentie de CTG een herziening van een bestaande terugbetalingsvoorwaarde doorvoert. Het is aan de CTG om te bekijken of Lyrica ook voor andere indicaties kan worden terugbetaald. Als Lyrica daarvoor ook kan worden geregistreerd, moeten wij nog zien of het ervoor kan worden terugbetaald. Het is aan de CTG om dat uit te maken.

18.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, de vraag is niet naar een uitbreiding van de indicaties, maar wel naar het terugschroeven van de terugbetaling voor de indicatie zenuwpijn.

18.04 Minister Maggie De Block: Ja, maar er is ook de verantwoordelijkheid van de voorschrijvers. Ik ken Lyrica. Dat is een centraal werkend medicijn met veel mogelijke nevenwerkingen. Wie het neemt, mag geen auto besturen of apparaten bedienen. De verantwoordelijkheid van de voorschrijver is ter zake ook essentieel. Het kan geen medicijn zijn dat voorgeschreven wordt in de zin van: baat het niet, dan schaadt het niet. Dat kan gewoon niet.

18.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Nee, maar vandaag wordt het wel terugbetaald voor de indicatie zenuwpijn en uit de recente studie blijkt dat het daarbij niet afdoende zou helpen. Begrijp ik het dan goed dat de CTG die nieuwe gegevens verzamelt en zou kunnen adviseren om de terugbetaling terug te schroeven?

18.06 Minister Maggie De Block: Natuurlijk. De CTG doet ook het omgekeerde, als er indicaties bijkomen, maar ook als er indicaties wegvallen. Denk aan de recente heisa over immuuntherapieën bij mensen met een aangeboren immunodeficiëntie, die ook werden voorgeschreven bij secundaire immunodeficiënties, waaruit bleek dat het in dat geval niet evidencebased is. Dan is er een voorstel gekomen om dat niet meer in de eerste lijn te doen. De CTG werkt dus in de twee richtingen.

18.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat is duidelijk.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "evidencebased medicine" (nr. 17642)

19 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'evidence-based medicine" (n° 17642)

19.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in het meerjarenplan evidencebased *Practice* 2018-2021 hebt u een conceptnota opgemaakt waarin de krijtlijnen uitgetekend staan die als basis moeten dienen voor het opmaken van een meerjarenkader door het Federaal Kenniscentrum (KCE). In het onderdeel evidencebased *Medicine* (EBM) staat het voorstel om te komen tot een orgaan in het geneesmiddelenbeheer.

Momenteel is het onafhankelijk evidencebased geneesmiddelenbeleid verdeeld over het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG), via het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI), en Farmaka en de FOD. De huidige werking van Farmaka zou worden geïntegreerd in een unieke partner in het geneesmiddelenbeleid, bij voorkeur het BCFI.

Farmaka, dat sinds 1972 als onafhankelijk orgaan in het evidencebased geneesmiddelenbeleid huisartsen en zorgverleners ondersteunt in rationeel geneesmiddelengebruik, vervult verschillende opdrachten, namelijk de onafhankelijke artsbezoeken in het kader van de EBM-voorlichting, het opstellen van het formularium en het systematische literatuuronderzoek. Er werken 45 mensen.

Op welke manier zullen de drie verschillende opdrachten van Farmaka, namelijk de huisartsenbezoeken, het formularium en het literatuuronderzoek op een onafhankelijk manier kunnen worden gevrijwaard?

Wat gebeurt er met de 45 medewerkers?

19.02 Minister Maggie De Block: Zoals u aangeeft, heb ik in mijn beleidsnota gezegd dat ik samen met het KCE werk aan een meerjarenplan van 2018 tot 2021 voor de evidencebased *practice*. Uit analyse is gebleken dat er momenteel verschillende initiatieven los van elkaar worden georganiseerd, zoals de opdrachten van de vzw Farmaka.

Het evidencebased *Practice*-meerjarenplan heeft als doel om de losse initiatieven op een efficiëntere manier te organiseren en de beschikbare financiële en andere middelen te bundelen. Het is dus niet de bedoeling om te besparen of mensen te ontslaan, maar om iets te doen aan de huidige versnippering van de investeringen. Soms is men met hetzelfde bezig en op andere momenten werkt men aanvullend, maar men weet het niet van elkaar enzovoort.

Het KCE zal als centrale wetenschappelijke overheidsdienst een trekkersrol op zich nemen bij de opmaak en de uitvoering van het meerjarenplan. In dat kader voert het Kenniscentrum een studie uit naar de manier waarop een dergelijk meerjarenplan gerealiseerd kan worden. Concreet wordt de governance, de disseminatie en implementatie van het evidencebased *practice* in België onderzocht. In de conceptnota waarnaar u verwijst, zijn de krijtlijnen uitgetekend die een basis kunnen vormen voor de opstelling van het meerjarenkader door het KCE. In juni wordt het KCE-rapport inzake de governance van het evidencebased *practice*-plan verwacht.

De betrokken partners, waaronder de vzw Farmaka, werden er al van op de hoogte gebracht dat 2017 een overgangsjaar is. Wij hebben dus nog voor één jaar een volledige subsidie toegekend. De betrokken partners dienen zich dus eveneens voor te bereiden en te organiseren met het oog op het nieuw meerjarenkader. Verdere toelichting werd ook gegeven door mijn medewerkers tijdens een overleg met Farmaka en met alle andere betrokken actoren op het terrein. Wij zullen op dezelfde manier te werk gaan als de studie door het KCE uitgebracht wordt.

Ik ben mij ervan bewust dat er op het terrein enige onzekerheid bestaat, onder meer inzake tewerkstelling. Dat geldt voor alle mensen die in dat domein werken en dat zijn er nogal wat. Ik kan echter niet vooruitkijken. Ik kan geen garanties bieden aan alle organisaties voor hun toekomstige activiteiten. Die toekomstige activiteiten zullen blijven bestaan, maar de organisaties zullen beter moeten samenwerken onder één structuur. De beslissingen daartoe zullen gebaseerd zijn op de resultaten van het rapport van het Kenniscentrum. Vervolgens denk ik dat wij zo snel mogelijk met de organisaties rond de tafel moeten zitten. De organisaties hebben dan nog zes maanden om zich te reorganiseren en om na te gaan hoe een en

ander verloopt.

Daarbij is het belangrijk dat de organisaties zelf ook de noodzaak inzien tot meer samenwerking, ter verbetering van het evidencebased *practice*-verhaal in ons land. Momenteel is dat nog altijd niet evident, maar dat moet geïmplementeerd kunnen worden.

19.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, dank u.

Als ik uw antwoord goed begrijp is het wel de bedoeling dat in die nieuwe structuur de onafhankelijke taken zoals de artsenbezoeken die zij vandaag doen niet verloren gaan, maar dat er efficiënter wordt samengewerkt tussen de verschillende organen in die ene structuur?

19.04 Minister Maggie De Block: Het is de bedoeling dat er een structuur is die een overzicht geeft van wat er op het terrein door de verschillende actoren gebeurt. Soms zijn ze met hetzelfde bezig. Soms gaat het over een zaak waarmee niemand zich bezighoudt. Soms doen ze iets aanvullend, zonder het zelf te weten. Daarin moet dus wel orde worden geschapen.

Wij weten dat er een versnippering van de middelen is. Elk jaar wordt meer gevraagd. Wij willen de middelen gelijk houden en een betere samenwerking instellen.

De onafhankelijkheid zal ook behouden blijven.

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

20 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de regelgeving rond de laboratoria voor klinische biologie" (nr. 17643)

20 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réglementation relative aux laboratoires de biologie clinique" (n° 17643)

20.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit thema is hier al aan bod gekomen. Collega Thiéry heeft het hier in het verleden al over gehad. Het KB van december 1999 omtrent de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie werd in 2010 aangevuld met de bepaling dat een labo 0,8 fulltime equivalent arts-bioloog moet bevatten. Vele laboratoria bevatten tot voor kort enkel apothekers-klinisch biologen.

Ik begrijp dat dit een lange voorgeschiedenis kent. Vorig jaar is de knoop dan doorgehakt. De regelgeving kwam nog van bij minister Onkelinx. De uitvoering is een paar keer uitgesteld maar is dan gestart in januari 2017. Klinische labo's zijn zich volop aan het conformeren, hetzij door aanwerving van een arts-klinisch bioloog, hetzij door fusie. Ik zie ook dat men gepensioneerde artsen-biologen weer inschrijft en associaties aangaat, wat op zich niet slecht is.

Mevrouw de minister, de opleiding tot klinisch bioloog is vandaag een vijf jaar durende manama, waar apothekers en artsen vandaag toegang tot hebben. In de praktijk doen zij vandaag ook inhoudelijk dezelfde job. Artsen-klinisch biologen kunnen ook stage lopen bij apothekers-klinisch biologen. Apothekers-biologen kunnen ook perfect diensthoofd zijn, wat bij ons in het ziekenhuis het geval is. Daarin ligt geen onderscheid. Toch zou de onderliggende motivatie voor deze norm een kwaliteitseis zijn.

In 2017 waren 16 labo's niet in orde met de nieuwe regelgeving, wat nu wel het geval zou zijn, met uitzondering van enkele. Op het terrein — ik heb er enkele ontmoet — blijft er echter wel een zorg dat er van de 132 labo's 42 actief zijn met een arts-bioloog, wat hen kwetsbaar maakt en wat op het terrein perverse economische effecten heeft. Men meldt mij dat de looneisen van die groep echt wel de pan uitswingen. Vanuit het werkveld krijgen wij signalen dat er echt onredelijke loonvoorwaarden worden gesteld. Kleinere labo's worden hierdoor uit de markt geconcentreerd. Bent u op de hoogte van die neveneffecten? Zult u hier iets tegen ondernemen?

Dan blijft natuurlijk de discussie, die al een hele historiek kent, rond de vooropleiding, of men nu arts of apotheker is, wetend dat de vijfjarige manama eigenlijk een identieke manama is. Men zegt gelijk geschoold te zijn, maar de eenvormigheid van de erkenningsvoorwaarden is er thans niet. De vraag is of u die oefening zult meenemen in de hervorming van uw KB 78.

20.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik herinner mij nog een vraag hierover van mevrouw Fonck.

Madame Fonck, est-il possible que vous ayez posé une question à ce sujet? (*Oui*) Je pense que c'était il y a deux semaines.

Over dezelfde problematiek, maar enigszins andere vragen.

Wat betreft uw eerste vraag, de gezondheidsautoriteiten doen geen controle op de verloning van deze personen. De Commissie voor Klinische Biologie in de schoot van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, dat straks Sciensano zal heten, bewaakt in de eerste plaats het kwaliteitskader van de tests en de conformiteit met de geldende regelgeving.

De dienstverrichtingen inzake klinische biologie vallen onder de Europese dienstenrichtlijn van 2006. Het zijn vrijgemaakte diensten en België kan enkel regels opleggen waaraan moet worden voldaan om voor verstrekkingen een terugbetaling te genieten. U weet ook dat de prestaties in deze laboratoria gedekt zijn door de tariefakkoorden van de overeenkomstencommissie van artsen en ziekenfondsen, de zogenaamde medicomut. Ten minste voor de geconventioneerde verstrekkers is er tariefzekerheid voor de patiënt, ongeacht het humanresourcesbeleid van de laboratoria.

Ten tweede, alleen in ongelijke situaties kan men in een ongelijke behandeling voorzien. De regelgeving over het kader van de verstrekkers is er niet gekomen zonder enige reden. Het is algemeen gekend dat de medische opleiding bijzondere troeven biedt inzake klinische kennis en ook inzake infectieziekten, microbiologie en hematologie. Onverminderd de kennis en de expertise van artsen en apothekers is de basisopleiding van de apotheker sterker ontwikkeld inzake basiswetenschappen en dat leidt tot een meer analytische en toxicologische insteek bij de uitoefening van het beroep.

De Hoge Raad voor Artsen heeft een gemengde werkgroep opgericht van apothekers, gemachtigd voor verstrekkingen in de klinische biologie, en artsen-klinisch biologen. Deze werkgroep werkt aan een advies over een homogeen kader voor de professionele stage en de erkenning van klinisch biologen. Voor de apothekers betekent dit dat zij in plaats van een machtiging eigenlijk een bijzondere beroepstitel zouden krijgen. Het advies van deze werkgroep wordt verwacht na het zomerreces. Daarna zullen wij ter zake een initiatief nemen.

Ik meen enerzijds dat ter zake sprake is van enige evolutie. Anderzijds is het inderdaad zo dat er jarenlang werd gepleit voor overgangsmaatregelen. Deze overgangsmaatregelen werden ook getroffen. Ondertussen heeft zich een dynamiek ontwikkeld en nu moet men uitkijken naar de volgende stappen. De Hoge Raad is goed geplaatst om afspraken tot stand te brengen tussen de klinisch biologen en apothekers.

20.03 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik kom er nog op terug.

Er is een stuk dualiteit: de vooropleiding is verschillend, de manama is gelijklopend. Men wordt echter ook diensthoofd, men heeft dus de leiding van de groep, ook in vakantie- en andere periodes. Vroeger keek men alleen of men het jaar had gevolgd. Het is dus wat complex, maar ik wacht af en ik stel u na het zomerreces de vraag opnieuw.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Le **président**: La question n°17644 de M. Clarinval est reportée.

21 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Servais Verherstraeten** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inrichting van wijkgezondheidscentra" (nr. 17645)
- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de audit over de wijkgezondheidscentra" (nr. 17677)
- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de audit van de wijkgezondheidscentra" (nr. 17978)

21 **Questions jointes de**

- **M. Servais Verherstraeten à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aménagement de maisons médicales" (n° 17645)**
- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit sur les maisons médicales" (n° 17677)**
- **Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit des maisons médicales" (n° 17978)**

De heer Verherstraeten is niet aanwezig.

21.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, het dossier van de wijkgezondheidscentra kwam al meermaals aan bod. U hebt duidelijk gezegd dat u pas nieuwe wijkgezondheidscentra zult erkennen na een audit van de werking van de bestaande wijkgezondheidscentra. Volgens mijn informatie zou u nog niet hebben beslist welke instelling de audit moet uitvoeren en zou u nog geen stappen vooruit kunnen doen. Maar misschien hebt u intussen toch al beslist.

Er zitten op het moment heel wat nieuwe wijkgezondheidscentra in de pijplijn, waarvoor al heel wat voorbereidend werk is verricht. Bovendien is daar ook provinciaal geld mee gemoeid, dat nog in 2017 moet worden uitgegeven omdat het niet kan worden overgeheveld naar 2018. Ik heb dan ook de volgende vragen.

Mevrouw de minister, wanneer start de audit? Wie zal de audit uitvoeren? Welke onderzoekscriteria zult u opstellen? Wat is de timing? Wanneer mogen we conclusies verwachten? Zal de audit zeker afgerond zijn voor het einde van het jaar 2017?

21.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik kan daar niets aan toevoegen. Ik heb dezelfde vragen. Ik had begrip voor de maatregel, die u eind vorig jaar hebt genomen. U hebt mij er toen van overtuigd dat het nodig was om zaken bij te sturen.

Wanneer wordt de audit opgestart en onder welke parameters? Hoe worden die herbekeken? Wat is de finaliteit van de audit?

21.03 Minister Maggie De Block: Wij hebben niet de opdracht tot de audit gegeven. De audit wordt door een onafhankelijk bureau uitgevoerd. De opdrachttekst is via de kaderovereenkomst met Smals aan een auditor bezorgd.

De audit is ondertussen toegewezen en zal door KPMG worden uitgevoerd. Mevrouw de voorzitter, vóór de vakantie heb ik KPMG nog niet kunnen vernoemen. De toewijzing was toen immers nog *en tour de route*.

Ondertussen zijn alle dossiers die vóór 8 oktober 2016 al waren ingediend en positieve adviezen hebben gekregen, door het Verzekeringscomité geadviseerd. Andere dossiers worden na de oplevering en evaluatie van de resultaten van de audit beoordeeld.

De federale overheid geeft alleen maar een akkoord voor de forfaitaire betaling van de verzorging van in voorkomend geval algemeen geneeskundige verpleegkundigen en kinesitherapeuten. Met de subsidiëring door andere overheden hebben wij dus niks te zien.

De audit zal niet alleen over de financiering van de wijkgezondheidszorg gaan. Zoals bij de wachtposten gaat het ook over onder andere de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. Dat moet zekerheid verschaffen over de vraag of het overheidsgeld efficiënt wordt uitgegeven.

Ik zal u een voorbeeld geven. Er werd ons gesignaleerd dat sommige huisartsenwachtposten slechts een klein aantal uur per weekend open waren, andere waren continu open. Met het nieuwe kader zijn de huisartsenwachtposten nu verplicht van vrijdagavond 20 uur tot maandagochtend 8 uur continu beschikbaar te zijn.

Iets dergelijks hebben wij ook gevraagd. Wij weten immers ook dat in sommige wijkgezondheidscentra patiënten 's avonds niet terecht kunnen, wat niet kan. Die patiënten zijn immers in het wijkgezondheidscentrum ingeschreven. Voor die inschrijving wordt een jaarlijks forfaitair bedrag geheven. Indien zij om 18 uur, om 20 uur of om 22 uur ziek worden en dan naar andere artsen moeten gaan, is dat een en-verhaal en geen of-verhaal.

Er zijn posten die op dat vlak heel goed werken en er zijn andere posten waarover veel klachten binnenkomen.

Dat is een hele discussie. Met het oog op goed bestuur is de audit toegewezen en ik zal u op de hoogte houden van de finaliteit ervan.

21.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, de criteria voor deze audit zijn mij duidelijk. U kunt er nog geen timing op plakken, begrijp ik. Ik heb u gevraagd of de audit tegen eind 2017 rond zal zijn.

21.05 Minister Maggie De Block: De vorige was toch op zes maanden afgerond. Het ging toen wel om een andere firma. Ik meen dat deze audit eenvoudiger is dan deze inzake de wachtposten, want toen ging het ook over de financiering van auto's, van chauffeurs, van infrastructuur, enzovoort, terwijl in dit geval wat wij financieren al afgebakend is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

22 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "(ere)lonen van artsen" (nr. 17673)

22 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les honoraires des médecins" (n° 17673)

22.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, er is een hele tijd frictie geweest met de artsensyndicaten. Ondertussen is de strijdbijl echter weer begraven. Bovendien hebben artsen, ziekenfondsen en overheid – ook u dus – zich geëngageerd om overleg op te starten over de supplementen die artsen kunnen aanrekenen in ziekenhuizen en over een eerste stapje in het herijken van de verloning van artsen. Dat zijn natuurlijk twee heel belangrijke dossiers die met de toegankelijkheid van de zorg te maken hebben. Vandaar dus mijn vragen daarover.

Ten eerste, de ereloonsupplementen in de eenpersoonskamers zijn alweer met 6,3 % gestegen. Ik zal hier niet alle cijfers opsommen maar mijn vraag is of een uitbreiding van het verbod op die ereloonsupplementen in tweepersoonskamers en dus ook in daghospitalisatie tot de eenpersoonskamers volgens u onderhandelbaar is met de sector, met de artsen.

Ten tweede, het stijgen van die ereloonsupplementen in eenpersoonskamers heeft niet alleen tot gevolg dat een opname voor de patiënt duurder wordt maar het brengt ook het risico mee dat hospitalisatieverzekeraars hun premies mee laten stijgen. Neemt u dat ook mee? Gaat u ook met die verzekeraars onderhandelen? Dat is toch wel iets waar heel veel klachten over komen. Ook artsen maken zich daar zorgen over.

Ten derde, op mijn vraag over de herijking van de medische nomenclatuur hebt u geantwoord dat het geen *walk in the park* zou worden. U benadrukte dat u niet vooruit wil lopen op de conclusies van de werkgroep die van start moet gaan. Is die werkgroep intussen opgestart? Wie zit er in die werkgroep? Wat is het afgesproken tijdspad?

22.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, het afsprakenkader op 26 januari onderhandeld tussen artsen en verzekeringsinstellingen werd door de regering bevestigd. Wat de ereloonsupplementen en de hervorming van de nomenclatuur betreft, werd het overleg opnieuw opgestart.

Bovendien acht de regering het noodzakelijk om over de nodige input te kunnen beschikken teneinde tot vruchtbare besprekingen te kunnen komen. Daarom werd aan de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen gevraagd of er een gemeenschappelijke visie bestaat over de krachtlijnen van de herziening van de nomenclatuur, die toelaat de beoogde doelstelling te bereiken.

Op welke vlakken bestaat er overeenstemming en over welke elementen bestaat er tussen de partijen een verschil van mening? Dat is wat de nomenclatuur en het ontrafelen ervan betreft. U weet dat wij een studie hebben besteld bij het Kenniscentrum voor het scheiden van het persoonlijk en het technisch deel in de nomenclatuur per specialiteit. Die studie zal er deze zomer komen, maar dat is in het kader van de ziekenhuishervorming.

Voor de ereloonsupplementen zal de studie van het Intermutualistisch Agentschap worden geanalyseerd.

Administrateur-generaal De Cock, voorzitter van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen, is bezig met de uitvoering van deze beslissingen.

Een werkgroep binnen de commissie komt daaromtrent regelmatig samen, zoals ook de plenaire groep van de medicomut dat doet om tegen de onderhandelingen van het volgend akkoord samen antwoorden te hebben omtrent deze thema's. Die onderhandelingen zullen eind dit jaar, tegen november, plaatsvinden en kunnen dan worden meegenomen in het akkoord van volgend jaar.

U weet dat wij al een aantal initiatieven hebben genomen omtrent het indijken van de ereloonsupplementen. Ik wijs u erop dat er voor de hospitalisatieverzekeringen geen probleem is bij twee- en meerpersoonsskamers, enkel bij eenpersoonsskamers. Dat wordt ook niet meer door alle hospitalisatieverzekeringen gedekt. Er zijn verzekeraars die aan een bepaalde premie voor een bepaalde groep of voor een individu een hospitalisatieverzekering kunnen garanderen, maar niet als men om persoonlijke redenen om een eenpersoonskamer vraagt.

Daar is het dus ook nog wel belangrijk dat de mensen de nodige informatie hebben. Vroeger vroeg men een eenpersoonskamer omdat men een hospitalisatieverzekering had, maar dat is verleden tijd. Men moet nu nakijken of de hospitalisatieverzekering dat nog wel dekt. Er zijn er ook die het nog betalen, maar slechts tot een bepaald bedrag. Ik zou dus zeggen: lees goed de kleine lettertjes van de polis en stel u op de hoogte van de omvang en termijn van de dekking ervan.

22.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik zal de interessante aanbevelingen die er hopelijk aankomen, zeker op de voet volgen. Er zijn toch wel serieus wat klachten over hospitalisatieverzekeringen. Persoonlijk maak ik het nu mee, door mijn ervaringen van dichtbij in het KIK-project omtrent bevallen met verkort ziekenhuisverblijf, dat hospitalisatieverzekeringen niet echt onze bondgenoot zijn in bepaalde onderhandelingen die wij proberen te voeren, omdat zij hun tarieven nogal omhoog durven te jagen en hun premies durven aan te passen.

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

23 Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le pacte pluriannuel avec les pharmaciens" (n° 17758)

23 Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het meerjarenpact met de apothekers" (nr. 17758)

23.01 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la présidente, madame la ministre, d'après ce que j'ai pu lire dans la presse, le pacte que vous avez récemment signé avec les pharmaciens semble conforter ces derniers dans un rôle de conseillers et introduit de nouvelles règles.

À ma connaissance, les pharmaciens – le mien en tout cas – jouent déjà un rôle de conseil important et appréciable, notamment pour le traitement des "petits bobos", avec orientation vers le généraliste si nécessaire, la compatibilité entre les médicaments, le rappel de la posologie prescrite, ou encore les conseils autour des soins, par exemple pour améliorer le confort du patient. La reconnaissance de ce rôle me paraît légitime et importante pour les patients.

Le pacte confirmerait aussi, notamment, la mise en place d'un nouveau système de gestion des médicaments du patient, des modifications dans l'organisation des pharmacies de garde, dans la rémunération des pharmaciens, et un encadrement juridique de la préparation magistrale. Il serait aussi question d'aller beaucoup plus loin en prévoyant un local séparé pour des entretiens d'accompagnement, quitte à fermer l'officine pour recevoir des patients sur rendez-vous.

Madame la ministre, pourriez-vous livrer une information plus détaillée sur le contenu de ce pacte? Dans quelle mesure codifie-t-il le rôle actuel du pharmacien, pour les malades chroniques, d'une part, et pour les patients ordinaires, d'autre part? Qu'en est-il des entretiens d'accompagnement? Ne risquent-ils pas de prêter à confusion par rapport à une véritable consultation médicale en vue d'établir un diagnostic? Quelle pourrait être l'incidence de cette évolution sur la responsabilité civile professionnelle des pharmaciens?

La question des activités commerciales annexes comme la vente d'huiles essentielles ou de compléments alimentaires a-t-elle été traitée? Je pense notamment aux risques de conflit d'intérêts dans le chef du

pharmacien. Les organisations représentatives des médecins ont-elles été consultées, notamment sur la place du pharmacien dans la relation avec le patient et la communication nécessaire entre médecin et pharmacien? Enfin, j'aimerais savoir dans quelle mesure la prévention fait partie de ce pacte.

23.02 Maggie De Block, ministre: Madame Caprasse, concernant le contenu du cadre pluriannuel, vous me demandez si je peux vous donner une information. Je vais vous donner les grandes lignes parce que le contenu est copieux. Il existe par ailleurs en français et en néerlandais et je le trouve moi-même très intéressant. Vous trouverez aussi des réponses à vos autres questions dans ce document.

Je tiens à souligner que le but n'est pas du tout d'organiser un accompagnement oral entre patient et pharmacien de référence en vue d'établir un diagnostic médical. Par contre, le pharmacien de référence peut bel et bien jouer un rôle important dans la détection précoce de pathologies chroniques à l'aide de différentes initiatives telles que le renvoi des patients qui se plaignent et qui ne peuvent pas être traités à l'aide de médicaments en vente libre ou en cas de signaux d'alarme cachant une pathologie grave. Le pharmacien de référence s'engage envers le patient et son équipe de soins à réaliser l'intention thérapeutique du médecin en ce qui concerne la thérapie médicamenteuse.

Il veille également à mettre à disposition des patients et de leur équipe de soins des informations pertinentes relatives à la médication active sous forme d'un schéma de médication clair, complet et mis à jour, et aux collègues pharmaciens, l'historique des médicaments délivrés grâce au dossier pharmaceutique partagé.

Outre les associations professionnelles représentant les pharmaciens d'officine APB et OPACO, différents acteurs ont également été consultés – le travail commun a duré un an et demi – lors de la rédaction de ce cadre pluriannuel dont les mutualités, les associations de médecins et les organisations représentatives de patients et l'industrie pharmaceutique. Actuellement, les deux organisations APB et OPACO font de la communication au travers de rencontres avec des patients et des groupes, etc. Ils font la communication par eux-mêmes alors que nous avons communiqué au moment de la signature du pacte. L'implémentation aura lieu comme nous l'avons fait avant, de concert avec tous les intervenants autour de la table.

Nous travaillons en toute transparence et, comme pour le pacte d'avenir, dans l'intérêt du patient.

23.03 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, je pense que ce pacte est une étape importante pour la reconnaissance et l'évolution du rôle des pharmaciens. Cela nécessite néanmoins de remplir encore de nombreuses conditions, notamment pour éviter des problèmes aux principaux intéressés. Il ne faut pas perdre de vue qu'ils n'ont pas la formation nécessaire pour établir un diagnostic. Je ne doute pas que la plupart d'entre eux en sont bien conscients, mais les patients en sont-ils conscients pour leur part? Le rôle du pharmacien de demain doit être défini avec une précision visible et connue de tous et en concertation avec les médecins.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Madame la ministre, je vous propose de passer au point 55 de notre ordre du jour. Mme Onkelinx n'est pas présente, mais son interpellation sera séparée des questions.

23.04 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, j'attire ici l'attention sur le fait que l'interpellation dont question a été ajoutée aujourd'hui. C'est votre collègue et pas la mienne!

Je veux bien que l'on traite ce point mais si Mme Onkelinx souhaite m'interroger en séance plénière, je lui répondrai que j'ai déjà répondu en commission.

La **présidente**: De toute façon, l'interpellation ne peut pas être développée en séance plénière.

23.05 Catherine Fonck (cdH): (...)

La **présidente**: Mme Onkelinx aura la faculté de vous interpellier, madame la ministre, si la réponse que vous apportez ne lui convient pas.

23.06 Maggie De Block, ministre: Dans ce cas, la réponse sera la même.

La **présidente**: Oui, je l'espère!

23.07 Maggie De Block, ministre: L'interpellation a été ajoutée aujourd'hui.

La **présidente**: Exactement, en Conférence des présidents.

23.08 Maggie De Block, ministre: Cela me convient. Je constate simplement que vous faites généralement preuve de collégialité. Mais je vais répondre.

La **présidente**: Quoi qu'il en soit, Mme Onkelinx pourra développer son interpellation, si elle le souhaite.

24 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le refus de stage pour 150 étudiants boursiers de pays en voie de développement" (n° 18008)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le blocage des demandes de dispense spéciale visée à l'article 146 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé" (n° 18015)

24 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de weigering van een stageplaats aan 150 beursstudenten uit ontwikkelingslanden" (nr. 18008)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het blokkeren van de aanvragen om een bijzondere vrijstelling zoals bedoeld in artikel 146 van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen" (nr. 18015)

24.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, des informations me sont parvenues par le terrain, et vont faire évoluer ma question.

Vous aviez pris la décision d'empêcher 150 étudiants en médecine venant de pays en voie de développement d'effectuer un stage d'un an dans les hôpitaux universitaires belges. Vous avez apparemment changé d'avis à ce sujet. J'ai appris que le contact avait été pris par votre cabinet pour donner à l'inverse l'autorisation à 146 médecins de suivre ce stage cette année. Je me réjouis que vous ayez fait demi-tour.

Cette décision était difficilement compréhensible. Vous aviez expliqué qu'il y avait un problème de manque de places de stage pour les futurs diplômés et, singulièrement, face à la double cohorte. Pourtant, nous savons qu'ils n'ont pas du tout la même fonction ou la même mission et donc ne prennent pas la place de médecins belges qui sont en stage dans les hôpitaux. De plus, ces médecins, dans le cadre de la coopération Nord/Sud, retournent dans leur pays d'origine. Ils amènent une plus-value pour le développement des soins de santé dans leur pays.

Ces mécanismes de coopération existent depuis de nombreuses années. Il s'agit d'un enjeu important, il en va de notre responsabilité de leur procurer de l'expertise et des avancées en matière de santé. Un collègue de votre parti est d'ailleurs le ministre de la Coopération au développement.

Je voulais donc vous demander pourquoi vous aviez pris cette décision et vous démontrer qu'elle était incompréhensible. C'est ce que je viens de faire. J'ai su que vous aviez fait demi-tour. Je ne peux qu'insister sur d'autres mesures qui doivent être prises pour répondre à la double cohorte. Les solutions sont ailleurs, ces 150 étudiants boursiers ne prennent pas les places de stage de nos médecins.

24.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question est évidemment identique. Je dois vous avouer que je n'ai pas du tout compris cette décision unilatérale et urgente de bloquer comme cela l'examen des demandes de dispense prévues à l'article 146 à l'exercice des professions de soins de santé, parce que ces projets de collaboration existent depuis longtemps entre les universités belges et les médecins diplômés dans les universités des pays en développement. Il s'agit à la fois d'un apport pour nos universités et nos hôpitaux universitaires belges mais surtout d'un apport pour ces futurs médecins spécialistes qui, après un an, retournent dans leur pays pour pratiquer ou pour enseigner.

Une telle décision porterait préjudice à la réputation des universités belges et aux liens qui les unissent. Il semblerait également qu'il y ait des problèmes d'ordre juridique puisque des avis doivent être demandés notamment à l'Académie royale de médecine si on prenait cette disposition. Le lien avec la double cohorte

pour cette année 2017-2018 n'apparaît évidemment pas puisque la double cohorte apparaîtra l'année suivante.

Des mesures sont à prendre. Une réflexion est à mener sur le long terme. Via l'interpellation de Mme Onkelinx qui restera, le sujet pourra être élargi dans la discussion. Je souhaitais comprendre. J'ai aussi eu l'information selon laquelle vous aviez renoncé à cette mesure. Il serait intéressant de savoir pourquoi et ce qu'on va faire pour la suite.

24.03 Maggie De Block, ministre: Mesdames, déjà lundi, on a rencontré la presse. On a dit que, pour nous, il n'y avait pas de problème. Vous savez bien que, depuis longtemps, selon la procédure, une fois qu'un dossier est introduit pour une formation particulière, s'il est déclaré recevable par le service contrôle et conforme à la loi, le dossier est transmis pour avis à l'Académie royale de médecine néerlandophone ou à l'Académie royale de médecine francophone. En cas d'avis favorable, le SPF fournit un document au service demandeur ainsi qu'à l'intéressé, de manière à ce que toutes les mesures soient prises pour entamer la formation. Les dossiers dont on parle ont déjà tous fait l'objet d'une lettre du SPF. Je ne vois pas le problème. Je ne comprends pas les couacs dont on parle dans la presse. Notre réaction n'a pas été reprise dans les articles publiés. Une dépêche de Belga vient d'être diffusée (à 17 h 19) en néerlandais qui clarifie la situation. Les facultés francophones trouvaient que cela allait trop lentement. En effet, quand on voit les chiffres, ce sont surtout des étudiants francophones qui sont concernés.

Comme vous le savez, l'article 146 régit l'afflux de médecins non-Union européenne qui souhaitent suivre un stage professionnel particulier bien précis dans un domaine de l'exercice de l'art de la médecine. Là, un régime d'exception est prévu, faisant en sorte que ces personnes ne reçoivent pas de visa autorisant à exercer. En d'autres termes, ils sont dispensés de l'obligation de détenir un visa et ne sont pas non plus inscrits à l'Ordre des médecins.

Je vous ai dit ce qui se passait une fois que le dossier avait été introduit. Les dossiers de 2016 et 2017 font l'objet d'une analyse détaillée car, premièrement, il s'agit de chiffres conséquents: près de 200 par an, ce qui correspond à environ 400 dossiers en deux ans.

L'écart entre le nombre de dossiers dans les services universitaires de la Communauté française est de 220 et celui de la Communauté flamande est de 5. Ces écarts sont dus au fait qu'un grand nombre de demandeurs proviennent de pays francophones et que pour cette raison, les établissements scolaires étrangers ont des relations privilégiées avec les établissements situés en Belgique francophone.

Une deuxième raison pour mener cette analyse approfondie est que les formations sont suivies dans des services de stage agréés pour médecins spécialistes en formation. Vu le grand nombre, ces stages pour médecins spécialistes en formation risquent d'être mis en péril, surtout du côté francophone. En effet, là, on a besoin de plus de places de stage à cause, notamment, de la double cohorte.

Je tiens à souligner qu'il est nécessaire de prévoir des places de stage supplémentaires à partir de 2018 pour la double cohorte. En ce sens, je m'inquiète devant l'afflux important de *fellows* qui sont formés en dehors et en plus des quotas existants.

Enfin, je tiens à préciser que l'article 164 ne constitue pas un droit absolu vis-à-vis des médecins issus des pays étrangers de l'Union européenne ni des hôpitaux universitaires chargés de les former. Il s'agit d'une facilité. En outre, l'afflux doit être proportionnel. Nous devons garantir la qualité des stages aussi bien aux *fellows* qu'aux médecins spécialistes en formation. Or un excès de services de stage n'offre pas de garanties suffisantes à une expérience professionnelle.

Comme je l'ai dit, aucun problème n'a été constaté. Les dossiers nous ont été transmis. Nous avons voulu vérifier plus précisément de quels pays les étudiants provenaient. En tout cas, les services administratifs leur avaient déjà adressé un courrier. Leurs dossiers seront débloqués progressivement. Nous en avons aussi informé les doyens. S'ils veulent s'adresser à la presse, c'est une autre affaire.

Certains dossiers sont déjà libérés, mais beaucoup attendent encore de recevoir une signature. Cela étant, chaque étudiant peut effectuer son stage. Ce n'est pas habituel. D'où la nécessité d'examiner attentivement chaque demande. Selon moi, il s'agit d'une preuve de bonne gouvernance.

Je pense que cela pourrait contribuer à une solution pour la double cohorte d'étudiants l'année prochaine.

Madame Fonck, vous n'êtes pas convaincue qu'un problème se pose en la matière. Mais 400 étudiants ont commencé des stages dans des hôpitaux et maintenant, les hôpitaux me disent qu'ils ont besoin de 1400 stages en plus. Je trouve qu'il y a quelque chose qui ne va pas. C'est pour cette raison que nous avons pris quelques semaines pour examiner cette question. Nous ne pouvons pas nier qu'il y a un problème de capacité pour la formation des médecins. Il faut quand même examiner toutes les possibilités.

Pour le reste, nous cherchons des solutions. Mais nous demandons aussi à toutes les personnes impliquées dans cette problématique de double cohorte – que je n'ai pas créée, mais qui est présente – de dégager des solutions et de nous laisser les examiner. À ce stade, nous n'avons reçu aucune proposition. Si vous avez des propositions, madame Fonck, vous pouvez nous les transmettre. J'attends votre initiative.

24.04 Catherine Fonck (cdH): C'est amusant. On ne vote pas les textes et on remballé constamment l'opposition! Quid du nombre de propositions que nous avons formulées dans différents domaines et pour lesquelles vous nous envoyez votre cabinet pour nous dire que vous n'êtes pas d'accord et envoyez les parlementaires dire ici que, même s'ils sont d'accord, ils sont obligés de voter non, soit!

Franchement, votre dernière remarque est d'un mépris total. Cette déclaration-là, je la ressortirai le jour où vous enverrez encore votre cabinet, obligé parce que cela vous ennuie que l'on vienne avec des propositions intéressantes et que vous voulez surtout empêcher l'opposition... Vous essayez même parfois d'empêcher le vote de textes... Voulez-vous que je vous rafraîchisse la mémoire? Le paquet neutre, le Valproate,...? Voulez-vous que je cite tous les textes?

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

24.06 Catherine Fonck (cdH): Je vais vous parler de la double cohorte. Vous avez fait demi-tour! C'est une bonne chose et je ne regrette pas de m'être mobilisée pour cela après que la sonnette d'alarme a été tirée par les universités et les médecins.

Vous insistez tout le temps. Ce sont les universités francophones, ils viennent chez les francophones, ils viennent chez les francophones... et alors? Il y a la facilité de la langue. C'est en général plus facile pour eux de le faire en français, langue qu'ils maîtrisent. Deuxièmement, je suis fière, et l'on peut l'être, que les universités francophones et les hôpitaux francophones s'investissent dans la coopération Nord-Sud et forment et renvoient là-bas des médecins qui ont eu un plus en matière de formation et qui vont, sur place, améliorer la qualité des soins par rapport aux pays en voie de développement. Moi, j'en suis fière.

En ce qui concerne la double cohorte, les boursiers qui viennent sont des grades scientifiques. Ils ne disposent pas de numéro INAMI, ils n'ont pas la même responsabilité ni le même champ d'intervention dans les hôpitaux. Je le redis ici parce que je ne suis pas d'accord avec vos propos. Ils ont une spécificité particulière. Ils ne peuvent donc pas intervenir comme le font nos médecins diplômés, les grades scientifiques qui viennent n'ont pas la même reconnaissance ni, dès lors, les mêmes champs de responsabilités que nos médecins. Sur la double cohorte, oui, nous manquons de capacité et ce n'est pas d'aujourd'hui que je vous interroge sur ce sujet, tout comme votre prédécesseur.

Quand on a voté ce texte, que vous allez devoir voter aussi, j'en avais appelé à ce que le problème de la double cohorte soit réglé en premier lieu avant de se précipiter pour voter la durée des études sur 6 ans au lieu de 7. Mais en pratique, toute une série de propositions vous ont été adressées, singulièrement par les médecins spécialistes et les médecins généralistes, y compris via le Conseil. L'enjeu, aujourd'hui, est aussi de dégager les budgets nécessaires pour gérer ces problématiques de double cohorte pour avoir suffisamment de médecins référents susceptibles d'encadrer ces stagiaires. Le nœud est aussi là. J'attends donc que toutes les propositions intéressantes qui ont été faites soient saisies à pleines mains, par vous ainsi que par vos collègues des Communautés et que les budgets soient dégagés pour les mettre en place.

24.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai le sentiment qu'il y a eu soit précipitation, soit confusion, soit erreur dans le chef de certaines personnes ou de certains services pour prendre cette décision de cette manière-là. On ne peut pas établir le lien avec la double cohorte pour cette année. D'autre part, s'interroger sur l'origine des personnes, l'examen des dossiers, cela ne doit pas être une routine parce que cela n'a jamais été le cas. Ce sont chaque fois des dossiers qui sont introduits, qui sont examinés et qui aboutissent à des réponses. Comme l'a dit Mme Fonck, ces stagiaires ont des statuts et des compétences. On a vis-à-vis d'eux des attentes différentes que vis-à-vis des autres stagiaires.

Je pense néanmoins qu'il y a une réflexion à mener pour la suite sur l'ensemble de ces présences dans les structures hospitalières entre médecins maîtres de stage référents, futurs candidats spécialistes, les stagiaires et ceux-ci. En effet, il n'y a rien à faire. Il faut aussi qu'eux participent évidemment à la spécialisation des médecins des pays en développement. C'est aussi notre responsabilité en tant qu'État et en tant que responsables, motivés par la santé publique.

Concernant la double cohorte, via différentes questions que je vous ai posées, je vous ai aussi soumis quelques pistes à propos desquelles nous n'avons pas eu l'occasion d'échanger mais je vous les renverrai avec plaisir. Cela dit, je suis contente qu'il y ait eu marche arrière.

24.08 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas le cas. Certains l'ont déjà reçu. Ce n'est ni marche arrière, ni demi-tour. Nous avons simplement voulu faire un inventaire pour déterminer de quels pays ils proviennent. Vous dites qu'ils ont un autre statut.

24.09 Catherine Fonck (cdH): Je connais les hôpitaux.

24.10 Maggie De Block, ministre: Il faut effectivement aller dans les hôpitaux les soirs, les nuits, les week-ends. Qui s'y trouve?

24.11 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous ne me ferez pas la leçon sur les hôpitaux.

24.12 Maggie De Block, ministre: Vous trouvez ces gens-là dans les hôpitaux! Vous les trouvez dans les hôpitaux!

24.13 Catherine Fonck (cdH): Ce que je vois aussi dans les hôpitaux, ce sont tous les médecins européens qu'on laisse passer, alors qu'on bloque nos étudiants. Ça, c'est inacceptable! Et vous faites le show ici pour de la coopération Nord-Sud, alors que vous savez qu'ils n'ont pas la même fonction dans les hôpitaux, que ce sont des grades scientifiques, qu'ils n'ont pas de numéro INAMI et qu'ils ne peuvent pas faire le même type d'interventions. Ceux-là vont repartir.

Par contre, vous ne bougez pas le petit doigt face au nombre incroyable de médecins européens, non belges qui viennent royalement prendre la place de nos médecins belges, empêcher des jeunes d'entamer des études de médecine. Là, vous ne bougez pas, alors même que la directive européenne vous permet plein de choses. Je vous ai fait des propositions à ce sujet. Qu'avez-vous fait? Vous les avez remballées!

24.14 Maggie De Block, ministre: Qui dit que je ne bouge pas? Êtes-vous chez moi tout le temps?

24.15 Catherine Fonck (cdH): Chaque fois que je vous ai fait des propositions en la matière, qu'avez-vous dit? Ah non, on ne peut pas! Je me suis penchée sur la directive européenne. Vous pouvez mais vous ne voulez pas.

24.16 Maggie De Block, ministre: Vous ne faites que des remous dans la presse. Moi, je dois sauvegarder la qualité de la formation et des soins pour nos patients. Je prends mes responsabilités. Et s'il me faut quelques jours ou semaines pour avoir une vue sur tous les dossiers, je les prendrai, même si cela ne vous plaît pas.

24.17 Catherine Fonck (cdH): Il n'y a pas de problème.

24.18 Maggie De Block, ministre: Je vous invite à faire des propositions. Mais la seule proposition que j'ai pour la double cohorte, c'est: "Donnez-nous 120 millions." Je demande pourquoi. "Nous ne savons pas, mais nous verrons bien quand nous aurons l'argent." Alors nous allons envoyer 400 étudiants, voire plus, à l'étranger. Des résidents belges qui n'ont pas les moyens d'aller à l'étranger. Il faut vivre. Et entre-temps, laisser toutes les portes ouvertes pour des gens formés n'importe où. Voilà ce que nous allons faire. C'est votre proposition.

24.19 Catherine Fonck (cdH): Non, ce n'est pas ma proposition! Moi, j'ai justement plaidé l'inverse. Vous êtes en train de faire un melting-pot, et à mon avis, expressément, entre les médecins liés à la coopération et les médecins européens, que je pointe aussi du doigt. Je suis venue avec de nombreuses propositions pour les médecins européens. Il ne s'agit pas de la coopération Nord-Sud. Ils sont aussi venus via des

agences de recrutement et des filières organisées pour les faire venir.

À ce sujet, je vous ai fait deux propositions, madame la ministre. La première est l'instauration d'un test linguistique. La seconde est l'instauration d'un test validant leurs compétences. Tout cela est autorisé dans le cadre de la directive européenne. L'Autriche le fait depuis des années. Elle n'a jamais été critiquée là-dessus.

Tout cela, vous auriez pu le faire. Ce sont des propositions que nous avons déposées. Vous avez d'abord essayé de me faire passer pour l'idiote de service, qui ne savait pas lire la directive européenne. Après, vous n'avez plus rien osé dire, mais vous n'avez toujours pas bougé. En attendant, vous faites un grand mélange. Tout cela pour rien.

Le fait est que les universités ont tiré la sonnette d'alarme concernant ces médecins issus de la coopération Nord-Sud. Un de vos collègues de l'Open-Vld...

24.20 Maggie De Block, ministre: J'ai autre chose à faire!

24.21 Catherine Fonck (cdH): Vous êtes incroyable! Vous êtes vraiment déplorable à ce sujet, madame la ministre!

La **présidente**: Madame Fonck, je vais mettre fin à votre réplique.

24.22 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, les universités n'auraient pas passé leur temps à vous dire qu'il y a un souci avec le blocage des dossiers s'il n'y avait pas quelque chose. Maintenant, que vos intentions aient été différentes de ce qu'il s'est passé et qu'il y ait eu régulation ou arrangement de la situation, et puis qu'on se penche sur la recherche de solutions pour la suite, il n'y a pas de souci avec cela. Mais, s'il n'y avait pas eu un problème, ne serait-ce qu'un manque de communication ou une mauvaise communication avec pour résultat une mauvaise compréhension dans le chef des universités, on ne serait pas intervenu aujourd'hui.

24.23 Maggie De Block, ministre: Les doyens sont souvent chez nous pour parler d'autre chose. Ils auraient pu nous contacter immédiatement et ils auraient eu l'information selon laquelle il n'y avait pas de problème avec ces dossiers. Alors, non, comme Mme Fonck, les doyens ont voulu courir vers la presse. Cela, c'est la façon de faire maintenant! C'est la nouvelle façon de coopérer. C'est une nouvelle conduite. J'en prends acte.

24.24 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Nous reviendrons sur le sujet de la double cohorte, de toute façon.

24.25 Catherine Fonck (cdH): Je vais quand même répliquer. Votre théorie du complot ne tient pas la route une seule seconde. Franchement, je ne savais pas que j'avais ce pouvoir d'actionner les gens pour sortir dans tous les sens. J'ai effectivement entendu l'appel et puis, il est logique que je vous interpelle, madame la ministre. Vous savez quoi? Demain, cela arrivera encore. Permettez-moi de vous dire qu'en matière de communication, vous êtes la reine!

24.26 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): (...) contexte ou d'une autre manière.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 18.23 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.23 uur.