

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 7 FEBRUARI 2018

Namiddag

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

du

MERCREDI 7 FEVRIER 2018

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.15 uur en voorgezeten door juffrouw Yoleen Van Camp.

La réunion publique de commission est ouverte à 14.15 heures et présidée par Mlle Yoleen Van Camp.

De **voorzitter**: Vraag nr. 21000 van mevrouw Caprasso wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

**01** Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assurance Femina" (n° 21094)

**01** Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Feminaverzekering" (nr. 21094)

**01.01** Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, l'association Think-Pink, qui sensibilise au dépistage du cancer du sein, s'est montrée fort critique concernant la nouvelle assurance "Femina", proposée par AG Insurance, qui peut être contractée par les femmes traitées pour un cancer du sein ou d'autres cancers propres aux femmes.

Les critiques émises portent sur les conditions d'accès à celle-ci, dans la mesure où les personnes présentant le plus de risques de contracter un cancer n'y ont pas accès, telles que les femmes de plus de 50 ans ou celles ayant déjà été atteintes par cette maladie. Par ailleurs, les représentants de Think-Pink estiment qu'une telle assurance contribue à privatiser la santé et remet en cause le principe même de la sécurité sociale.

Madame la ministre, la presse nous a appris que votre cabinet avait, dans un premier temps, refusé de réagir car il ne disposait pas d'informations suffisantes sur cette assurance. Avez-vous pu vous renseigner depuis lors? Quel est votre point de vue sur celle-ci et sur les critiques émises à son sujet? Au vu des conditions imposées, ne considérez-vous pas que cette assurance peut –être source de discriminations et représenter une marchandisation de la santé? Une concertation avec votre collègue M. Peeters est-elle prévue dans ce cadre?

**01.02** Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, cette question relève des compétences de mon collègue ministre de l'Économie. Vous dites que je n'ai pas réagi, mais c'est inexact. J'ai réagi à cette information, en disant que cette sélection de risques n'était pas acceptable. De toute façon, c'est mon collègue ministre de l'Économie qui peut intervenir dans le cas où la police d'assurance, dont vous faites mention, viendrait à enfreindre la loi anti-discrimination.

En réponse à une question de Mme Jiroflée, en séance plénière du 5 octobre dernier, le ministre Kris Peeters a indiqué qu'il avait demandé à l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA), à savoir l'organe de contrôle du secteur des assurances, d'analyser au plus vite le produit. Je vous conseille de vous adresser à lui pour vous informer sur cette question.

Par ailleurs, la prime dont on peut bénéficier en cas d'un diagnostic du cancer du sein ne sert pas à rembourser les frais médicaux.

Ce produit d'assurance, qui me paraît assez dangereux et sélectif, ne reçoit pas mon accord.

De **voorzitter**: Mijnheer Senesael, alvorens u het woord te geven voor uw repliek zou ik van de minister willen vernemen of zij zich wil houden aan een einduur.

**01.03** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik moet om 18 u 00 aanwezig zijn op een volgende vergadering; ik kan hier dus aanwezig blijven tot 17 u 00.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de heer Senesael voor zijn repliek.

**01.04** **Daniel Senesael** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je partage tout à fait votre point de vue. Je vous présente mes excuses, je n'avais pas vu votre réaction à l'époque. Je m'adresserai à votre collègue M. Peeters pour connaître son état d'esprit en la matière.

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

De **voorzitter**: De heren Terwingen en Blanchart zijn nog niet aanwezig voor het stellen van hun vragen. Misschien komen zij nog in de loop van de namiddag.

Samengevoegde vragen nr. 21598 van de heer Frédéric en nrs 23226 en 23227 van mevrouw Caprasse zijn uitgesteld.

Het volgende agendapunt is een vraag van mijzelf.

**02** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "logopedie bij afasie" (nr. 21643)**

**02** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la logopédie en cas d'aphasie" (n° 21643)**

**02.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, volgens wetenschappelijke evidentie is de klinische evolutie na een CVA ongeveer na een jaar bereikt. Patiënten vertonen in het eerste jaar doorgaans een enorme vooruitgang waarna er een volledige stagnatie volgt.

Logopedisten hebben mij echter gemeld dat logopedie nog tot na een jaar na een CVA voor terugbetaling in aanmerking zou komen. Mijn vraag is of deze terugbetaling is onderbouwd. Zou het niet logischer zijn om de terugbetaling te beperken tot een jaar na het CVA? Wat is uw standpunt ter zake?

**02.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, in april 2017 werd een beperkte hervorming van de nomenclatuur doorgevoerd waarbij het aantal zittingen voor de stoornis afasie verminderd werd van maximum 480 tot maximum 288 behandelingszittingen, op basis van evidencebased criteria. Bij deze wijziging van het maximaal aantal zittingen werd het toen niet opportuun geacht om de maximale duur van de behandeling te verminderen. Deze werd in 2006 door mijn voorganger van twee naar vier jaar gebracht.

In de nieuwe overeenkomst voor de periode 2018-2019, gesloten tussen de logopedisten en de verzekeringsinstellingen, is opgenomen dat een uitgebreide hervorming van de nomenclatuur — artikel 36 van de logopedische verstrekkingen — zal uitgewerkt worden op basis van evidencebased praktische criteria. Er is een werkgroep die per pathologie een kritische analyse zal uitvoeren en nog de nodige hervormingen zal voorstellen.

**02.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, het is goed om te horen dat werkgroepen zich over de kwestie buigen en uitzoeken hoe de richtlijnen en de bijhorende terugbetalingen verder kunnen worden afgestemd op de wetenschappelijke evidentie.

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

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

**"aangepast schoeisel bij diabetes type II" (nr. 21645)**

**03** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des chaussures adaptées en cas de diabète de type II" (n° 21645)

**03.01** Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, mensen die aan diabetes type II lijden, hebben recht op aangepast schoeisel. Blijkbaar gaat het om één paar elke twee jaar.

De meeste mensen hebben een zomer- en een winterpaar nodig. Dus zou het bij de eerste aanschaf interessant zijn twee paar schoenen aan te schaffen en daarna de terugbetaling om de twee jaar aan te houden, zodat de mensen telkens om de twee jaar dat zomer- of winterpaar kunnen vervangen.

Voor mensen met diabetes type II die ook voetcomplicaties hebben gehad, is vaak een nieuw paar nodig nog vooraleer het moment van de terugbetaling er komt. Idealiter hebben zij ook ondersteuning van een podoloog nodig.

Het gaat om twee noden op het vlak van voetzorg die op de rondetafel rond diabetes type II werden aangebracht. Mensen die zelf de aandoening hebben en experts rond de tafel hebben toen een en ander aangebracht.

Mijn vragen zijn de volgende.

Erkent u de twee genoemde noden?

Is er enige mogelijkheid om die noden te lenigen?

**03.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, inzake beide noden zijn er voor de podoloog binnen het zorgtraject voor diabetes reeds twee verstrekkingen per jaar terugbetaald, indien de betrokken patiënten tot de risicogroep behoren.

Bovendien heeft de Overeenkomstencommissie orthopedisten-verzekeringsinstellingen de opdracht om in de toekomst de volledige terugbetalingsmodaliteiten voor orthopedische schoenen te herzien.

Ik twijfel er niet aan dat ook die commissie veel aandacht zal hebben voor die belangrijke en steeds aangroeiende doelgroep.

Een en ander ligt dus bij de Overeenkomstencommissie orthopedisten-verzekeringsinstellingen, die wat ruimer gaat.

**03.03** Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, dat is goed om te horen.

Ik dank u.

*Voorzitter: Muriel Gerkens.*

*Présidente: Muriel Gerkens.*

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**04** Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besteding van de verpakkingshelling op frisdranken" (nr. 21646)

**04** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'affectation de la cotisation d'emballage sur les boissons rafraîchissantes" (n° 21646)

**04.01** Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de sector betaalt zowat 300 miljoen euro aan verpakkingshellingen op frisdranken. Als ik correct geïnformeerd ben, vloeit de helft daarvan terug naar het departement Volksgezondheid.

Mevrouw de minister, welke zijn de bestemmingen van die middelen? Ik wil graag opvolgen waarin die middelen geïnvesteerd of geherinvesteerd worden bij Volksgezondheid. Op welke manier blijven die middelen exact in het domein van onze strijd tegen obesitas en het gezonder doen leven van mensen?

Worden er elders nog middelen besteed? Hoe worden die middelen precies aangewend?

**04.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, zoals de minister van Financiën in antwoord op een schriftelijke vraag van de heer Gilkinet op 11 januari 2016 bevestigde, werden de ontvangsten inzake verpakkingshoefting voor een deel toegewezen aan het RIZIV, overeenkomstig artikel 67quinquies van de programmawet van 2 januari 2001, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2005. In dat artikel staat: "Vanaf 1 februari 2005 wordt een bedrag van 130 miljoen euro, voorafgenomen op de opdracht van accijnzen en van de met accijnzen gelijkgestelde taksen, toegewezen aan het RIZIV ten voordele van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Vanaf 1 januari 2006 kan de Koning middels een in Ministerraad overlegd besluit het bedrag van de toewijzing bedoeld in het vorig lid wijzigen. Dit bedrag wordt dan ook gestort in gelijke maandelijkse schijven."

Artikel 67quinquies van de programmawet van 2 januari 2001 werd echter opgeheven ingevolge de inwerkingtreding van artikel 46 van de wet van 18 april 2017, in de andere commissie, omdat het ging over de hervorming van de financiering van de sociale zekerheid.

Als we soms zeggen dat de financiering van de sociale zekerheid een kluwen was, dan maakte dat artikel bijvoorbeeld deel uit van dat kluwen. Het ging immers om een voorafname die gebeurde ongeacht de inkomsten van de accijnzen. Dat is niet transparant. Het is ook onzeker wat er aan de voorafname wijzigt wanneer de accijnzen wijzigen.

Met de wet van 18 april 2017 hebben wij een nieuwe financiering van de sociale zekerheid gecreëerd. De financieringsstromen werden daarmee vereenvoudigd en ook transparant gemaakt.

**04.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, wat is er inzake de besteding specifiek vooropgesteld? Of komt dat gewoon in de algemene middelen terecht? Kunt u zeggen welk bedrag of deelbedrag eventueel aangewend wordt voor een bijzonder beleidsdomein?

**04.04** Minister **Maggie De Block**: Neen, het artikel ging niet verder dan wat ik zei. Het ging voor een stuk om een alternatieve financiering van de sociale zekerheid. Het gaat dus niet louter om de gezondheidszorg, maar om de gehele sociale zekerheid.

**04.05** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Bedankt.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**05** **Samengevoegde vragen van**

- juffrouw **Yoleen Van Camp** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taks op frisdranken" (nr. 21647)

- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de accijnzen op de gesuikerde dranken" (nr. 22219)

**05** **Questions jointes de**

- Mlle **Yoleen Van Camp** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe sur les boissons rafraîchissantes" (n° 21647)

- Mme **Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les accises sur les boissons sucrées" (n° 22219)

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

**05.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb vroeger reeds een vraag gesteld over het onderwerp, maar ik kom hierop graag terug. De accijnzen op frisdranken zijn gestegen tijdens deze legislatuur. Ik blijf het vreemd vinden dat alle frisdranken over dezelfde kam geschoren worden. De voedingsdriehoek is aangepast, maar er blijft nog steeds een differentiatie tussen gesuikerde frisdranken, lichtfrisdranken, dus met zoetstoffen, en gewoon water. Vanuit de optiek van de volksgezondheid en de voedingskunde zou het logischer zijn om die differentiatie aan te houden voor de taxatie, dus om een onderscheid te maken inzake de accijnzen tussen frisdranken met suiker, met zoetstoffen en zonder suiker en zoetstoffen.

Waarom is daarvoor niet gekozen?

Blijft dat een optie voor de toekomst?

**05.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, het betreft eigenlijk een bevoegdheid van de minister van Financiën, omdat het gaat over fiscale maatregelen. Hij was echter niet bereid om op de vraag, die hem was bezorgd, te antwoorden. Het gaat om de accijnzen op frisdranken. Alleen de zogenaamde gearomatiseerde waters die geen enkele zoetstof bevatten en geen enkele suiker, zijn vrijgesteld van de verhoging.

Voorts heeft minister Van Overtveldt ons uitgelegd dat een differentiatie inzake accijnzen op frisdranken een nogal ingewikkelde zaak is. Die vallen immers onder rubrieken met vastgestelde nummers en men kan daarin niet zomaar differentiëren. Trouwens, nader onderzoek was ook nodig om de gearomatiseerde waters eruit te nemen. De zero- en lichtfrisdranken vallen daar nog steeds onder.

In de toekomst moet nog bekeken worden hoe wij dat verschil tussen suiker of een alternatieve zoetstof beter kunnen weerspiegelen in het beleid. Men vertelde ons dat het heel ingewikkeld zou zijn om de soorten drank nu op te splitsen. Ik ben geen fiscaal expert, dus ik neem daarvan gewoon akte.

**05.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt. Ik lees wel tussen de regels van uw antwoord dat u wel voor zo'n differentiatie te vinden zou zijn. Ik zal dat zeker mededelen aan de bevoegde minister.

**05.04** Minister **Maggie De Block**: Men weet het al.

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

**06** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "assistentiehonden en de toegang tot ziekenhuizen" (nr. 21649)**

**06** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les chiens d'assistance et leur accès aux hôpitaux" (n° 21649)**

**06.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb al heel wat vragen gesteld over dit thema. Assistentiehonden worden in heel wat ziekenhuizen nog altijd geweigerd, terwijl zij volgens wetenschappelijke onderzoeken, die ik in mijn vorige vraag heb aangehaald, zonder risico toegang kunnen krijgen tot bepaalde diensten en delen van een ziekenhuis. Uiteraard krijgen zij geen toegang tot bepaalde kritieke en acute diensten, maar wel tot de meeste ambulante diensten. Daar moeten mensen met een assistentiehond overigens vaak zijn.

Uiteindelijk hebt u in de discussie erkend dat wetenschappelijk onderzoek inderdaad heeft aangetoond dat assistentiehonden toegang zouden moeten krijgen tot minder acute diensten, zonder dat dit een risico vormt voor de volksgezondheid, maar wij stoten allebei op het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Ondanks de wetenschappelijke bevindingen stelt de Hoge Gezondheidsraad immers dat alle ziekenhuizen toch het best de toegang voor assistentiehonden weigeren. Voor mensen met assistentiehonden is dit echt een groot probleem. Er zijn ziekenhuizen die wel assistentiehonden toelaten, maar heel wat ziekenhuizen verschuilen zich achter het advies van de Hoge Gezondheidsraad.

U hebt de vorige keer voorgesteld dat er een onderhoud zou plaatsvinden met de Hoge Gezondheidsraad. Daar ben ik graag toe bereid, net als de vertegenwoordigers van mensen met een assistentiehond. Daar kunnen wij dan de bevindingen van de wetenschappelijke studies voorleggen en nagaan hoe de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad kunnen worden bijgestuurd.

Ik heb de Hoge Gezondheidsraad sindsdien meermaals verzocht om een onderhoud, maar dat wordt gewoon geweigerd. Mijn vraag is of u een afspraak kunt forceren met deze instelling, die toch onder uw bevoegdheid valt, zodat wij minstens worden ontvangen en het rationale achter hun beslissing kunnen kennen. Vele mensen met een assistentiehond worden daar immers door getroffen.

Bent u bereid om een overleg met de Hoge Gezondheidsraad te beleggen, om deze zaak uit te klaren?

**06.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, ik meen dat zo'n overleg zeker nuttig is en ik ben uiteraard bereid om dat te faciliteren via mijn kabinet. Voor mij kan een overleg op mijn kabinet of bij de Hoge Gezondheidsraad plaatsvinden.

Ondertussen heeft de Hoge Gezondheidsraad mij ook het volgende laten weten: "De kwestie of het nodig was het standpunt en het advies van de Raad over de aanwezigheid van assistentiehonden in de ziekenhuizen te herzien, werd opnieuw besproken op de plenaire vergadering van de reflectiegroep Infectiebeheersing in de Gezondheidszorg van 3 oktober 2017. Daar heeft men geconcludeerd dat er geen objectieve evidencebased redenen waren om het eerder uitgebrachte advies te wijzigen, ook al zijn er instellingen die dieren toelaten."

De Hoge Gezondheidsraad wijst erop dat zijn standpunt soepel is, daar het elk ziekenhuis via de comités voor ziekenhuishygiëne de vrijheid laat om de toegang tot bepaalde delen of diensten toe te laten wanneer specifieke maatregelen worden genomen.

Tegelijk blijft de Raad principieel een verbod op de aanwezigheid van dieren in ziekenhuizen verdedigen.

Ten slotte meldt de Hoge Gezondheidsraad dat hij eerst nog de beschikbare literatuur wil bestuderen en het advies van de brede expertengroep wil inwinnen alvorens hierover met de beleidsmakers voort te overleggen. Ik begrijp dat de Raad teruggaat naar zijn vorig advies, maar toch bereid is om de recente literatuur te bestuderen en het advies van de expertengroep af te wachten.

Ik meen dat het inderdaad nuttig zou zijn om een ontmoeting te plannen voor de volgende weken. Ik zal vragen dat iemand dat met u opneemt.

**06.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord, dat mij heel tevreden stelt.

Ik ben er zeker van dat mensen met assistentiehonden ons er heel dankbaar voor zijn dat op zijn minst wordt toegelicht wat het rationale hierachter precies is en hoe dat kan worden veranderd.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**07** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tests in de klinische biologie" (nr. 21651)**

**07** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tests en biologie clinique" (n° 21651)**

**07.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, dit is veeleer een technische vraag. Een aantal tests in de klinische biologie, bijvoorbeeld tests in de moleculaire diagnostiek zoals beschreven in artikel 33bis en artikel 24bis, moeten gebeuren in een laboratorium dat geaccrediteerd is, om de nomenclatuur erop van toepassing te maken. Intussen draaien de externe controles van het WIV op volle toeren en worden de kwaliteitseisen steeds strenger. De praktijklijnen voor de laboratoria benaderen eigenlijk de eisen voor een door Belac geaccrediteerd laboratorium.

Wat is dus eigenlijk nog het nut van de extra accreditatie, als het WIV al voldoende competentie heeft om de kwaliteit van de laboratoria te controleren, en dezelfde normen hanteert? Voor de laboratoria is dat niet onbelangrijk, omdat zo'n accreditatie toch wel aanzienlijke kosten met zich brengt. Het prijskaartje loopt op tot tienduizenden euro's per labo. Het is bijna zelfs een business geworden, die zichzelf in stand houdt. Dus wat is de meerwaarde, gelet op het feit dat het WIV perfect in staat is om de controles en audits uit te voeren? Volstaan die dan niet?

**07.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie is een nationale erkenning door de bevoegde overheid, die moet nagaan of het kwaliteitssysteem voldoet aan de vooropgestelde normen. Dat wil zeggen dat het conform het KB van 3 december 1999 en de praktijkrichtlijn moet zijn.

De accreditatie is een internationale erkenning door een gezaghebbende organisatie, die formeel erkent dat een organisatie of persoon competent is om een bepaalde taak uit te voeren. Wat conformiteit en

competentie betreft, is dat voor België Belac van de FOD Economie.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld de Franse laboratoria hebben de Belgische laboratoria geen verplichte accreditatie nodig voor het merendeel van de analyses uit de klinische biologie. Daar volstaat het toezicht door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid om de kwaliteit te waarborgen door de plaatsbezoeken en de opvolging van de resultaten van de externe kwaliteitsevaluaties.

Accreditatie is dus een vrije keuze voor de Belgische laboratoria voor klinische biologie, tenzij zij verstrekkingen van artikel 24bis en/of 33bis wensen uit te voeren. De wet bepaalt dat zij hiervoor wel over een accreditatie ISO-15189 moeten beschikken. Die wet kwam tot stand om de kwaliteit van de zeer gespecialiseerde analyses te garanderen, in het belang van de patiënt. De ISO-norm legt een strikte opvolging van de laboratoria op, waarbij bijna jaarlijks een plaatsbezoek wordt uitgevoerd. Belac doet voor de uitvoering van die technische audits een beroep op deskundigen die in het werkveld actief zijn en een grote expertise hebben.

Het was tevens de bedoeling om het aantal laboratoria dat die analyses uitvoert, te beperken, wat volledig in de lijn ligt van het beleid dat netwerkvorming aanmoedigt, net als de concentratie van expertise.

**07.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Dank u, mevrouw de minister. Zijn er inhoudelijke verschillen tussen de twee organen en erkenningen op het vlak van de labo's, behalve dan dat de accreditatie een internationale erkenning biedt terwijl de kwaliteitsborging door het WIV een nationale erkenning is?

**07.04 Minister Maggie De Block:** Zoals ik heb gezegd, gaat de accreditatie over de competentie om een bepaalde taak uit te voeren. Het kwaliteitssysteem is algemener. Daarvoor werden normen bepaald en er wordt nagegaan of het labo aan die horizontale normen voldoet. Het zijn twee verschillende zaken met normen waaraan het labo moet voldoen. Het ene is blijvender van aard, het andere is veel variabel, bijvoorbeeld in geval van nieuwe tests.

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

**08 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de weggegooide medicatie" (nr. 21652)**

**08 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le gaspillage de médicaments" (n° 21652)**

**08.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, begin september verscheen er in de pers een artikel over het grote aantal medicamenten dat jaarlijks wordt weggegooid, met zelfs een oproep om die weg te geven.

Dat de stabiliteit en kwaliteit nauwkeurig moet worden bewaakt, is daarbij een meer dan terecht bezorgdheid. Mijns inziens zou het beter zijn om de oorzaak van de verspilling aan te pakken en het mogelijk te maken om enkel het benodigde aantal pillen voor te schrijven en te verstrekken. Het gebeurt heel vaak dat men een voorschrift krijgt en dat het aantal pillen in de verpakking het voorschrift ruimschoots overschrijdt.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen. Bent u het hiermee eens? Zijn er concrete plannen om dit te regelen? Het lijkt mij iets dat een mooie besparing zou kunnen opleveren, waarbij die middelen kunnen worden geherinvesteerd in onze patiënten, onze maatschappij en onze zorgverleners.

**08.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, te veel voorschrijven zorgt voor een verspilling van tonnen ongebruikte geneesmiddelen per jaar.

Er zijn verschillende oorzaken die hieraan ten grondslag liggen. Het geneesmiddel kan verkeerd bewaard zijn, waardoor het onbruikbaar is geworden. Het kan ook onvolledig opgebruikt zijn door de patiënt omwille van een te grote verpakking. Het geneesmiddel kan ook vervallen zijn.

Het is echter niet aangewezen om geneesmiddelen een tweede bestemming te geven. Ik heb dan ook gezegd dat het voorstel van een bepaalde dokter om ze te laten uitdelen aan andere patiënten geen goede zaak is.

Het is belangrijk dat de kwaliteit van de geneesmiddelen goed is en dat ze in de originele verpakking worden bewaard. Ze worden dan beschermd tegen vocht, licht en lucht en op de bijsluiters staat er belangrijke informatie.

De geneesmiddelen dienen ook op een correcte manier te worden bewaard door de eerste eigenaar, wat achteraf moeilijk te achterhalen valt. Wat heeft de eigenaar ermee gedaan toen hij thuiskwam? Heeft hij ze op een vensterbank gelegd, zijn ze nat geworden of hebben ze in de zon gelegen? Dat kunnen wij allemaal niet weten.

Ik pak het dus ook liever aan de andere kant aan, met name het voorschrijfgedrag en het verstrekken van enkel de benodigde pillen. Het voorschrijfgedrag is vandaag heel actueel. Zoals u weet, zullen wij door het aanklappend beleid zien wie te vaak te veel voorschrijft.

Wat het benodigde aantal pillen betreft, dienen de artsen rekening te houden met de behandelingsduur van de patiënt bij het voorschrijven van een bepaalde verpakkingsgrootte van een geneesmiddel.

Ik denk daarbij ook aan de maatregel die wij hebben genomen om de dozen met 80 pillen Pantomed niet langer terug te betalen, maar wel de dozen met 56 pillen. Evidencebased toont immers aan dat men geen 80 pillen moet innemen. Men is daarbij wel afhankelijk van de verpakkingsgroottes die op de markt beschikbaar zijn. Vaak bestaan er verschillende verpakkingsgroottes van eenzelfde geneesmiddel, maar vandaag is ons nog gerapporteerd dat apothekers vaak niet de kleinere dozen in huis halen, maar wel de grotere.

De diensten van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten kunnen een firma niet verplichten om een bepaalde verpakkingsgrootte te produceren en/of te commercialiseren. Ook de apotheker, de arts en de patiënt zijn afhankelijk van de beschikbare verpakkingsgroottes.

De Belgische wetgeving voorziet ook in de mogelijkheid om geneesmiddelen op stofnaam voor te schrijven. De arts beperkt zich dan tot de stofnaam, de sterkte, de toedieningsvorm, de dagdosering en de therapieduur. Men wordt daarbij niet beperkt door mogelijke verpakkingsgroottes. De apotheker moet het geneesmiddel afleveren, conform het voorschrift, ook qua verpakkingsgrootte. In dat opzicht blijven wij dan ook het voorschrijven op stofnaam promoten.

**08.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, dit zijn zeker stappen in de goede richting, maar zelfs als er met al die stappen rekening wordt gehouden, en er bijvoorbeeld enkel wordt voorgeschreven als het echt nodig is en er bij het voorschrift op stofnaam zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met het afstemmen van de verpakkingsgrootte op het voorschrift, is het nog altijd mogelijk dat de verpakkingsgrootte niet bestaat.

Zit er op dat vlak niets in de pijplijn om te bekijken of er uit een bepaalde verpakking slechts een bepaald deel van de geneesmiddelen kan worden verstrekt? De apotheker kan in dat geval de stabiliteit en kwaliteit waarborgen, want eens patiënten het geneesmiddel mee naar huis nemen, weet men niet meer wat er mee gebeurt.

Wanneer iets op poten zou worden gezet, zoals in de rusthuizen, waarbij dit vanuit de apotheek zou worden geregeld, dan kan het aanbod op die manier misschien beter op de noden worden afgestemd.

**08.04 Minister Maggie De Block:** Bij de lancering van de actie rond slaapmiddelen vorige week waren er ook een huisarts en een apotheker aanwezig. De vertegenwoordiger van de apothekers heeft daar gezegd dat zij bereid zijn te helpen bij de afbouw van bijvoorbeeld de dosis van een slaapmiddel of een kalmeermiddel. Zij kunnen één pil verwerken in bijvoorbeeld vier dosissen van een kwart om mee te geven aan een patiënt. Dat is eigenlijk een wijziging van de galeniek waar dat kan en zo vermijdt men dat mensen te veel pillen of te hoge dosissen innemen.

De apothekers willen wat dat betreft wel meewerken, maar ze kunnen dat niet voor alles doen. Conform de wet wordt de apotheker immers geacht om wat er op het voorschrift staat, af te leveren aan de patiënt. In het geval van verslaving of afbouw zijn zij wel bereid om dat te doen. In het kader van het pact met de apothekers hebben wij daar ook al over gesproken. Als afspraken worden gemaakt tussen arts en apotheker, kan men daarin al een stuk opschuiven. Het probleem is natuurlijk ook dat er zoveel



verschillende verpakkingsgroottes en dosissen op de markt zijn. Dat wordt door de firma's bepaald. Wij hebben dan enkel de mogelijkheid, zoals wij hebben gedaan bij de PPI's, om de grootste verpakking uit de handel te halen.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**09** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het stagejaar voor buitenlandse tandartsen" (nr. 21653)**

**09** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'année de stage pour les dentistes étrangers" (n° 21653)**

**09.01** **Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, ik heb twee vragen over hetzelfde onderwerp. Ze hebben betrekking op de onrechtvaardige regeling waarbij de tandartsen en artsen met een buitenlands diploma niet onder de quota vallen, iets wat wij al vaker hebben aangekaart. Dankzij u en de regering zijn er binnenkort hopelijk ook in Vlaanderen quota en toegangsexamens van toepassing om de kwaliteit van de opleiding te bewaken en het aanbod beter af te stemmen op de vraag. Dan zullen er niet te weinig maar ook niet te veel artsen en tandartsen aan de slag zijn. Zolang de instroom van buitenlandse artsen en tandartsen niet onder die quota valt, is het echter moeilijk om aan die regeling vast te houden en op die manier de kwaliteit te waarborgen.

Bent u bereid om artsen en tandartsen met een buitenlands diploma ook aan de quota te onderwerpen? Waarom wel of niet? Vindt u het zelf niet onrechtvaardig dat wij vooral in Vlaanderen, waar wij al veel langer met een toelatingsexamen zitten, zo vele kandidaat-studenten voor arts of tandarts van hun droomjob beroven, terwijl wij terzelfdertijd wel ongebreideld artsen uit het buitenland laten instromen?

Ik kom dan bij het tweede deel van de vraag. Buitenlandse tandartsen, vooral met een Europees diploma, zouden hier ook vrij een erkenning kunnen krijgen. Dat levert vaak problemen met de taal op. Daarom hebben wij een wetsvoorstel ingediend dat een taaltest zal opleggen.

Wat vindt u daarvan? Ik las in de krant dat u dat zult steunen en dat u zelf aan een voorstel werkt om een van de drie landstalen op te leggen. Ons voorstel vraagt echter expliciet de kennis van de taal van de regio waarin de zorgverlener zich vestigt.

Mijn vraag heeft nog een derde onderdeel. Het werkveld bracht nog een andere onrechtvaardige zaak onder mijn aandacht, met name betreffende het stagejaar. Studenten die hier het diploma van tandarts behalen, kunnen pas hun definitief RIZIV-nummer en visum verkrijgen als het laatste stagejaar effectief is afgerond. Nu blijkt dat voor studenten met een buitenlands diploma niet het geval te zijn. Dat houdt in dat zij hun definitief RIZIV-nummer en hun visum al kunnen verkrijgen zonder dat ze het stagejaar hoeven te doen. Klopt dat?

Wilt u daaraan een mouw passen?

**09.02** **Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, de integratie in de contingentering van tandartsen die zich in België vestigen op basis van een erkenning van hun beroepskwalificaties verworven in een andere lidstaat, is geen eenvoudige kwestie. De contingentering zoals die in België is georganiseerd, valt niet op hetzelfde moment in het parcours. De aan een Belgische universiteit gediplomeerde tandartsen zijn onderworpen aan de quota op het ogenblik waarop ze toegang krijgen tot de beroepsopleiding om hun bijzondere beroepstitel te verkrijgen.

Tandartsen die zich in België vestigen, beschikken reeds over beroepskwalificaties, die zij verworven hebben in een andere lidstaat. Desalniettemin vind ik het een zeer gevoelige problematiek. Ik heb ook een belangrijke reflectie opgezet rond de mobiliteit van de beroepsbeoefenaar. Wij analyseren verschillende denksporen die binnen de perken van de Europese regelgeving mogelijk zijn.

In mei 2017 vond in Brussel een *Policy dialogue on health, workforce planning and professional mobility* plaats. In november 2017 vond de *Conference regulating health professions in an European perspective* plaats, waar ik de kans heb gegrepen om die vraagstukken voor te leggen aan een expertenpanel om een vooruitgang te boeken in de reflectie. Ook het opleggen van een quotum voor buitenlandse artsen en de kennis van een van onze landstalen maakten deel uit van de reflectie.

Het is in het belang van de patiëntveiligheid en het is essentieel dat alle beroepsbeoefenaars, niet alleen zorgverleners die instromen op basis van artikel 145, beschikken over de nodige en juiste talenkennis. In dat kader werken wij momenteel een wetgevend initiatief uit dat het mogelijk zal maken om de talenkennis van alle gezondheidszorgbeoefenaars beter te controleren. Dat initiatief zal binnenkort in het Parlement worden voorgelegd.

In verband met de tandartsen is er bij mijn weten geen discriminatie tussen de nationaal gediplomeerde en de Europese tandartsen die zich in België vestigen. De federale wetgeving bepaalt dat gediplomeerde tandartsen, om te beschikken over de titel van algemeen tandarts en te kunnen genieten van de daaraan verbonden RIZIV-nomenclatuur, een jaar bijkomende vorming moeten volgen. Die verplichting is er ook in de federale wetgeving voor Europese tandartsen die zich in België vestigen op basis van de erkenning van de beroepskwalificaties die zij hebben verworven in hun land van herkomst.

Sedert de zesde staatshervorming valt de behandeling van individuele dossiers echter onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Ik moet u dan ook met betrekking tot eventuele ongelijkheden in de behandeling van de dossiers doorverwijzen naar de bevoegde gemeenschapsminister; in Vlaanderen is dat minister Vandeurzen.

**09.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, het is zeer interessant dat u zowel de kwestie van de taal als die van het quotum aan het expertencomité hebt voorgelegd. Heeft het al geantwoord of nog niet?

**09.04 Minister Maggie De Block:** (...) vertegenwoordigers van de FOD aanwezig en zij hebben dat allemaal genoteerd. Op basis daarvan hebben wij een aantal pistes uitgewerkt.

**09.05 Yoleen Van Camp (N-VA):** Ik ben zeer benieuwd. Ik hoop in elk geval dat de verplichte kennis van de taal van het landsdeel waarin de zorgverlener zich vestigt, in uw wetsontwerp zal worden opgenomen.

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

#### **10** **Samengevoegde vragen van**

- de heer Raf Terwingen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van lachgas" (nr. 21140)

- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het inhaleren van lachgas" (nr. 23187)

#### **10** **Questions jointes de**

- M. Raf Terwingen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation de gaz hilarant" (n° 21140)

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de gaz hilarant" (n° 23187)

**10.01 Raf Terwingen (CD&V):** Mevrouw de minister, ik stel deze vraag met de nodige schroom, want ik ben niet dikwijls te gast in deze commissie. Mensen in mijn omgeving maakten me attent op de problematiek van het gebruik van lachgas. Misschien werden hier eerder al vragen over gesteld, maar die heb ik dan alleszins niet kunnen terugvinden.

Lachgas of N20 was vroeger vooral bekend als narcosemiddel bij operaties. Het gas wordt ook in de voedingsindustrie gebruikt, bijvoorbeeld in gaspatronen voor slagroomsputten. Het kan echter ook gebruikt worden als drug. Lachgas is een vluchtig snuifmiddel dat onmiddellijk een euforische roes veroorzaakt. Ik spreek hier niet uit eigen ervaring, maar ik heb er een aantal artikels over gelezen.

Mevrouw de minister, mijn concrete vragen hierover aan u zijn de volgende.

In uw antwoord op een schriftelijke vraag van 24 september gaf u aan dat er een interadministratieve werkgroep opgericht was door het FAGG. Wat zijn de conclusies van deze werkgroep?

Kunt u cijfers meedelen over het gebruik van lachgas buiten de medische setting, als drug dus?

Welke maatregelen of acties zult u nemen op basis van deze gegevens?

**10.02** Minister **Maggie De Block**: Mijnheer Terwingen, de interadministratieve werkgroep heeft niet kunnen besluiten dat het recreatief misbruik van lachgas door jongeren op dit moment problematische vormen aanneemt. Zoals uit een bevraging van de werkgroep blijkt, is het mogelijk dat er lokaal gebruik bestaat in enkele steden. Dat is dan echter van korte duur.

De verschillende organisaties voor hulpverlening aan drugsverslaafden zijn geen vragende partij voor het verstrengen van regels of straffen hieromtrent, omdat ze zeggen dat dit eerder een averechts effect zou kunnen hebben. Ook bestaat de vrees dat het experimenteergedrag bij jongeren daardoor gestimuleerd zou worden.

De werkgroep was van oordeel dat het in dit verband raadzamer is om de energie te richten op de bestrijding van andere drugs, die momenteel een veel groter risico inhouden voor de volksgezondheid en ook veel meer gebruikt worden.

De beschikbaarheid van lachgas als geneesmiddel is streng gereguleerd en kan enkel afgeleverd worden binnen een ziekenhuismilieu. Deze producten zijn dus niet ter beschikking voor recreatief gebruik door jongeren. Het additioneel reguleren en het aldus beperken van de beschikbaarheid van lachgas voor andere toepassingen zou een impact hebben als het gaat om het gebruik ervan in de reguliere voedingsindustrie, omdat dit gas als een goedgekeurd voedingsadditief wordt gebruikt. Ik weet niet precies waarin, maar het is een voedingsadditief.

Het wordt namelijk gebruikt als antioxidant, als schuimmiddel, als verpakkingsgas en als drijfgas. Het gaat erom de eventuele consequenties en de voor- en nadelen van een bepaalde maatregel te kennen en ook te weten welke de omkadering van het probleem is.

Als het gaat over het aantal mensen dat hiervan gebruikmaakt als drug, kunnen we enkel voortgaan op wat men zegt binnen de verenigingen die bezig zijn met toxicomanie en hulpverenigingen. Uiteraard houden zij hierover geen statistieken bij. Het is een illegaal circuit. Het is wel belangrijk dat we met hen overleggen over de vraag of dit moet worden aangepakt en of dit de grootste problematiek is. Daarop is hun antwoord ontkenkend. Zij zijn er geen voorstander van om daarin verdere stappen te ondernemen.

Als iemand een idee heeft dat op politiek niveau of op het terrein ons zou kunnen helpen, dan spreekt het voor zich dat ik ertoe bereid ben om stappen te ondernemen. Tot nu toe heeft echter nog niemand gevonden wat we werkelijk zouden kunnen doen.

**10.03** **Raf Terwingen** (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord, dat zowel maatschappelijk als medisch geruststellend is. Als het probleem niet grootschalig is, spreekt het voor zich dat we er niet te veel ruchtbaarheid aan moeten geven, om mensen niet op andere gedachten te brengen. Zo vat ik uw antwoord samen.

In 2015 kondigde u aan dat het zou worden onderzocht, en daarom leek het mij gepast om het nog een keer onder de aandacht te brengen. Op deze manier is de opvolging volgens mij in orde. We moeten de zaak zoveel mogelijk proberen in kaart te brengen, door overleg met de bewuste verenigingen die zich met toxicomanische problemen bezighouden. Op die manier kunnen we ingrijpen als het een groter probleem wordt, wat het nu in ieder geval niet is.

**10.04** Minister **Maggie De Block**: Het is blijkbaar ook plaatsgebonden.

**10.05** **Raf Terwingen** (CD&V): Blijkbaar.

**10.06** Minister **Maggie De Block**: De meesten zeggen dat het bij hen niet gebeurt, anderen zeggen dat er bij hen wel beweging in zit. Het is tijdelijk en zwermt niet uit.

**10.07** **Raf Terwingen** (CD&V): Dat is geruststellend.

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

**11** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de suikerconsumptie" (nr. 21657)**

**11** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de sucre" (n° 21657)**

**11.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in de loop van deze legislatuur hebt u al meermaals gezegd dat u wil inzetten op een algemene verlaging van suikerconsumptie door de bevolking.

Onlangs verscheen in de pers dat de supermarkten daarop ook volop inzetten en dat, zonder ons medeweten, al heel wat suiker uit veel producten is gehaald.

Mevrouw de minister, kunt u een overzicht geven van alle maatregelen die u ter zake al hebt genomen?

Was er een nulmeting? Wat zijn de resultaten van de maatregelen om te kunnen nagaan of het resultaat dat u voor ogen had ook werd behaald en u met uw verwachtingen op schema zit?

Zullen er nog beleidsmaatregelen volgen op dat vlak?

**11.02** **Minister Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de Belgische voedingsindustrie, verenigd in de sectorfederatie Fevia en de grote distributiesector Comeos, hebben zich inderdaad ertoe verbonden om het energiegehalte in voedingsmiddelen te verminderen tussen 2012 en eind 2017, met becijferde verbintenissen voor de verschillende subsectoren. Zo heeft de Belgische zuivelsector zich verbonden tot een vermindering van de toegevoegde suikers met 3 %, de sector van producten op basis van soja met 4 %, de frisdrankensector met 5 % en de ontbijtgranen met 4 %.

Fevia en Comeos hebben daarover een rapportering gedaan. Zij hebben ook gecommuniceerd dat er zich tegenwoordig jaarlijks al meer dan 300 ton minder suiker in onze voeding bevindt tegenover vroeger. Ik heb daarvan nog geen rapport ontvangen, maar dat is wel goed nieuws.

In het convenant bereiden wij een vervolg voor. Ik verwacht dat er nog stappen kunnen worden gezet.

Ik ben blij dat deze sectoren hun verantwoordelijkheid hebben genomen, want het is echt nodig dat het te hoge energiegehalte in onze producten wordt verminderd, teneinde tot een meer evenwichtige samenstelling te komen.

Naast de rapportering werken wij ook aan een onafhankelijke monitoring, via steekproeven, om na te gaan of het energiegehalte naar beneden blijft gaan. Wij zullen op een dynamische manier de evolutie van de voedingsamenstelling van de producten op de markt blijven volgen.

Wij hebben het ook over de mogelijkheid van een vervolg van de verbintenis tot 2020. De prioritaire uitdagingen blijven daarbij dezelfde, namelijk de vermindering van het suiker- en vetgehalte en een aanpassing van de portiegrootte. In tweede lijn willen wij ook meer vezels in de voeding introduceren.

Belangrijk was ook de *Belgian Pledge*, waarbij meer bedrijven zich aansluiten. De *Belgian Pledge* heeft ook betrekking op reclame voor minderjarigen, in die zin dat er wordt naar gestreefd om geen reclame te maken voor ongezonde zaken.

**11.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, als het rapport u wordt overgemaakt, kan misschien worden gevraagd om het ook aan onze commissie te bezorgen. Ik weet dat wij vanuit verschillende fracties dit thema nauwgezet opvolgen. Het zal ons allemaal wel benieuwen, meen ik, om de exacte cijfers te kunnen bekijken.

**11.04** **Minister Maggie De Block**: De sectoren doen hun eigen monitoring. Zij hebben ook gevraagd om op hun eigen tempo die dalingen te kunnen doorvoeren omdat zij competitief willen blijven qua smaak. Ik heb bijvoorbeeld gemerkt dat bij de frisdranken de vroegere suikers vervangen zijn door een combinatie van wel tien verschillende kunstmatige zoetstoffen. Wie dat drinkt, krijgt een verfrissend effect op de smaakpapillen. De nasmaak van een product is ook belangrijk.

Dit heeft allemaal te maken met pieken en dalen. Het is eigenlijk ongelooflijk om te zien hoeveel studiewerk zij daarvoor doen. Zij testen ook het effect van de kleur en de geur. In zuidere landen, met een warm klimaat, zijn er bijvoorbeeld andere kleuren voor bepaalde frisdranken, zodat ze er meer dorstlessend en frisser uitzien.

Bovendien zijn zij ook allemaal in concurrentie met mekaar en onze markt is niet gesloten. Zij willen dan ook hun marktaandeel behouden, maar dan door meer de nadruk te leggen — bijvoorbeeld in het geval van ontbijtgranen — op het feit dat deze bijvoorbeeld 40 % minder suiker bevatten en dus gezonder zijn voor de consument en de kinderen.

De tendens gaat in de goede richting. Ik ben blij dat zij hun doelstellingen hebben gehaald, maar ik zal ook blij zijn als er nog een vervolg komt, want het mag hier niet bij stoppen.

La **présidente**: J'avais cru comprendre, dans votre réponse, que vous faisiez vous-même un monitoring parallèle sur les compositions des produits.

**11.05 Maggie De Block**, ministre: Non, nous sommes en train d'installer cela en plus. Ils pratiquent un auto-monitoring, parce qu'ils savent bien ce qui se trouve dans leurs produits. Mais en outre, l'Agence va encore réaliser des tests et prendre des échantillons pour vérifier si c'est correct.

La **présidente**: Cela se met seulement en route.

**11.06 Maggie De Block**, ministre: Nous sommes en train de le mettre sur pied. Il s'agira d'un monitoring indépendant. Pour l'instant, il s'agit de *self monitoring*. La confiance existe bien sûr, en raison de la concurrence. Si ce n'était pas juste, les concurrents pourraient le dénoncer, mais de toutes façons, nous allons tout de même installer un monitoring indépendant.

De nulmeting vond plaats in 2012.

La **présidente**: Évidemment, si on a cinq bonbons contenant moins de sucre, mais qu'on en mange cinq, alors qu'on n'en mangeait qu'un auparavant,... Il faudra aussi veiller à cela, qu'on ne pousse pas à la consommation!

**11.07 Maggie De Block**, ministre: C'est aussi une question d'éducation. C'est pour cela qu'on a créé le *Pledge*. Au lieu de dire aux enfants: "il faut boire du soda zéro sucre ou light", on peut leur dire qu'il est préférable de boire de l'eau. On peut les autoriser à boire un soda de temps en temps, mais pas chaque jour.

Cela fait partie de l'éducation et des habitudes prises dans les ménages. Si les enfants voient que les parents boivent du coca, les enfants feront la même chose.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**12 Vraag van de heer Raf Terwingen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Protocol 3" (nr. 21149)**

**12 Question de M. Raf Terwingen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Protocole 3" (n° 21149)**

**12.01 Raf Terwingen** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in het kader van het derde protocolakkoord, gesloten in 2005, werd overeengekomen dat er vanuit het RIZIV in een financiering zou worden voorzien voor onderzoek naar alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen. Het doel van het protocol was te komen tot een zorgvernieuwing en het stimuleren van initiatieven die alternatieve zorgvormen aanbieden of ontwikkelen, zodat kwetsbare ouderen langer thuis kunnen blijven. Het is de bedoeling dat na afloop zou worden geëvalueerd welke meerwaarde de initiatieven hebben en hoe zij eventueel structureel zouden kunnen worden verankerd.

Na een eerste projectoproep in 2009 werden in Vlaanderen 47 projecten geselecteerd. Een aantal projecten werd in het kader van de zesde staats hervorming overgedragen aan de Gemeenschappen en Gewesten. Na

een tweede projectoproep werden opnieuw 12 Vlaamse projecten geselecteerd.

In het KB van 2 juli 2009 wordt gesteld dat het einddoel erin bestaat om aan de hand van evaluaties en het eindrapport van de wetenschappelijke equipe een beslissing te nemen over het structureel verankeren van de projecten.

Menos, een van de projecten, wordt sinds 2010 gefinancierd in het kader van zorgvernieuwingprojecten protocol 3 en werd na evaluatie in 2014 verlengd tot eind 2018. Sindsdien waren er allerlei positieve evaluaties van het project door het RIZIV. Wetenschappelijke evaluaties door LUCAS hebben aangetoond dat dankzij de begeleiding door Menos een residentiële opname van de oudere persoon met gemiddeld 260 dagen kan worden uitgesteld, wat natuurlijk een zeer gunstig resultaat was.

Indien de financiering van Menos stopt, komt de continuering van een zeer waardevol project natuurlijk in het gedrang, een project dat reeds een voorbeeld is voor de manier van zorg verlenen in de toekomst, namelijk kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning die door een multidisciplinaire en intersectorale samenwerking wordt vormgegeven, waarbij het niet gaat om alweer een nieuwe dienst naast de andere, maar waar net gebruik wordt gemaakt van de expertise en deskundigheid van bestaande diensten, met een werking die niet alleen met de cliënt of patiënt werkt maar is ingebed in de hele context, een werking die inzet op empowerment van de patiënt, ondersteuning van mantelzorgers en casemanagement. Dat zijn de kernwoorden van de werking.

Ik heb hierover de volgende vraag, mevrouw de minister.

Kunnen de projecten die positief werden geëvalueerd door het RIZIV sinds de verlenging vanaf 1 juli 2015 en die niet zijn overgedragen aan Vlaanderen, rekenen op een structurele verankering met bijbehorende financiering of alleszins op een overgangsfinitanciering, in afwachting van de mogelijke uitrol van nieuwe concepten, waarin zij misschien opnieuw een plaats zouden krijgen?

**12.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Terwingen, de contracten tussen de projecten van het Verzekeringscomité en het Verzekeringscomité van het RIZIV lopen tot 31 augustus 2018. Het Verzekeringscomité heeft op 15 januari 2018 kennis kunnen nemen van het eindrapport van de wetenschappelijke equipe en de aanbevelingen die door deze equipe zijn voorgesteld.

Inmiddels heb ik ook kennisgenomen van de studie die rapporteert over de impact van de interventies bij kwetsbare ouderen, te weten het casemanagement, de ergotherapie en de psychologische ondersteuning. Het onderzoek verliep op geaggregeerd niveau en doet geen individuele uitspraken per project. De wetenschappelijke evaluatie verloopt dus op een geaggregeerd transversaal niveau.

De evaluaties van het RIZIV waarop u alludeert, zijn een andere zaak. Daar gaat het om de individuele administratieve opvolging van de conventie door de bevoegde dienst van het RIZIV. Het gaat enkel om de vraag of de overeenkomst correct werd nageleefd en of er al dan niet aanleiding is tot een stopzetting. U verwacht de evaluatie over het feit of er correct is gewerkt met de evaluatie van de meerwaarde op wetenschappelijk niveau van de kwaliteit van de zorg.

Ik vond dat er onvoldoende elementen waren om de essentiële vraag welk project de meeste gezondheidswinst oplevert tegen de beste kostenefficiëntie, goed te kunnen beantwoorden. Er waren immers nogal wat verschillen tussen de projecten. Ik heb mijn diensten dus de opdracht gegeven om deze aanvullende elementen te bezorgen ten laatste tegen eind maart 2018, om te bepalen onder welke omstandigheden bepaalde projecten kunnen worden voortgezet.

Het is mijn bedoeling om tegen die tijd een verduidelijking te geven aan de projecten. Het is immers belangrijk voor de mensen om te weten of zij dat werk na oktober 2018 kunnen voortzetten. Het is ook belangrijk voor de mensen die er een beroep op doen, want er zijn mensen die dankzij deze projecten bijvoorbeeld langer in hun huis kunnen blijven. Belangrijk is ook dat de mogelijkheid wordt geboden om de continuïteit te verzekeren van wat waardevolle interventies lijken te zijn ten aanzien van patiënten die er vandaag een beroep op doen.

Als de patiënt enkel in zijn woning kan blijven dankzij het feit dat iemand van zo'n project 's avonds of 's nachts nog langskomt om bepaalde zorgen te geven, dan zou dat heel wat consequenties hebben, mocht dat project bruusk wegvallen. Patiënten zouden dan niet meer in hun huis kunnen blijven, maar zouden ook niet onmiddellijk elders terecht kunnen, als zij dat al zouden willen. Wij moeten daarmee dus toch wel

omzichtig omgaan.

Anderzijds krijgt men in sommige projecten wel een goed beeld van hoeveel langer mensen dankzij die hulp zelfstandig kunnen blijven functioneren. In andere projecten werd daaraan veel minder aandacht geschonken. Daarom zullen wij de aanvullende elementen die wij hebben opgevraagd verder bekijken.

**12.03 Raf Terwingen** (CD&V): Mevrouw de minister, meten is weten. Dit moet op een rationele manier bekeken worden, daar ben ik helemaal mee akkoord, misschien zelfs veeleer als jurist dan als lid van deze commissie. Anderzijds benadrukt u zelf het belang van dit soort verschillende projecten. Als men op deze manier de senioren kan voorthelpen en ook andere initiatieven als residentiële verblijven kan vermijden, dan moet daarop worden ingezet.

Het siert u, mevrouw de minister, dat u hierover bijkomende informatie zult opvragen om deze dan te herevalueren. Ik veronderstel dat wij daarover meer zullen horen in maart of april 2018. Ik zal dan eventueel een opvolgingsvraag stellen naar de stand van zaken en om te weten over welke gegevens u dan beschikt om te beslissen welke projecten waardevol zijn en op uw verdere steun kunnen rekenen.

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

**13 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het dynamisch kadaster van verpleegkundigen" (nr. 21658)**

**13 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cadastre dynamique des infirmiers" (n° 21658)**

**13.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, op mijn recentste vraag over de combinatie ziekenhuis- en thuisverpleging, vraag nr. 16646, hebt u geantwoord dat er in de loop van 2017 een kadaster zou komen van de gezondheidszorgbeoefenaars. Dat kadaster zou worden gekoppeld aan de activiteitsgegevens van het RIZIV en de RSZ, om een actueel, dynamisch beeld te krijgen van onder andere het aantal verpleegkundigen dat in dit land aan de slag is. Zo zouden wij een beter zicht krijgen op onze noden en zouden wij het aanbod beter daarop kunnen afstemmen. Vandaag hebben wij daar echt het raden naar, want er zijn geen betrouwbare cijfers voorhanden.

Er zijn nu projecten gestart bij de artsen en de tandartsen. Hoe staat het met de voortzetting daarvan? Wanneer kunnen wij het dynamisch kadaster van verpleegkundigen verwachten?

**13.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, binnen de FOD Volksgezondheid wordt inderdaad een gegevenskoppeling voorbereid om de activiteit van de erkende gezondheidszorgbeoefenaars in kaart te brengen. Sinds 2011 werden reeds verschillende beroepsgroepen op die manier geanalyseerd. De eindrapporten van die PlanCad gegevenskoppelingen zijn raadpleegbaar op de website van de Planningscommissie.

Een vernieuwde procedure werd in de loop van 2017 overeengekomen met de vertegenwoordigers van het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming. Die procedure moet het mogelijk maken om gegevens voor meerdere beroepen gelijktijdig aan te vragen bij de gegevensleveranciers en zo de administratieve werklast te verlichten. Het dossier in kwestie werd begin juli 2017 ingediend bij het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid en werd door dat comité behandeld op zijn bijeenkomst van 7 november 2017.

Momenteel bevindt men zich in de fase van de opstelling van het onderzoekscontract, ter hoogte van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. De ontvangst van de eerste gegevens wordt nog verwacht voor dit semester, vóór de zomer dus.

In de loop van 2018 worden dan de analyses uitgevoerd en zal het rapport voor de verpleegkunde worden opgesteld.

**13.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik dank u voor uw antwoord.

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

**14** Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de effectiviteit van het GMD" (nr. 21677)

**14** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'efficacité du DMG" (n° 21677)

**14.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, vorig jaar diende ik namens mijn fractie een wetsvoorstel in om de GMD-toelage automatisch te verlengen en toe te kennen. Uit de hoorzittingen die daarop volgden, kwam naar voren dat het belangrijk is om de kosteneffectiviteit en -efficiëntie te bewaken. De commissie kreeg dan wel al ramingen over de kosten van het GMD, maar het is ook belangrijk dat wij in rekening kunnen brengen wat wij daarvoor in de plaats krijgen, welke baten daar tegenover staan.

Wij hebben begrepen dat het kabinet een kosten-batenstudie zou opmaken om te bekijken wat de *return on investment* is van GMD's. Bijvoorbeeld of GMD-houders ons minder kosten qua dubbelonderzoeken, tweedelijnskosten, opvolging enzovoort.

Een studie over de kosten van het GMD is er al, maar voor zover ik weet is er nog geen echte effectiviteits- of kosten-batenstudie.

Mijn vraag is dan ook hoever het daarmee staat en wanneer wij de resultaten daarvan mogen verwachten.

**14.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de realisatie van een kostenefficiëntiestudie van het GMD is alleen mogelijk als de diagnoses van de patiënten beschikbaar zijn. Het beeld dat bestaat in de ziekenhuisomgeving, met facturatiegegevens die gekoppeld zijn aan medische gegevens, is in deze informatie essentieel om de diagnose – de gestandaardiseerde diagnose, maar ook de graad van ernst – te vergelijken met wat de follow-up van de patiënt, met of zonder GMD, kost. Deze gegevens zijn niet beschikbaar bij het RIZIV vermits zij niet worden gerapporteerd aan het RIZIV.

In september 2017 vond een beraadslaging plaats in het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid waar voor de eerste keer de koppeling werd toegestaan tussen facturatiegegevens van de mutualiteiten en de medische gegevens van de INTEGO-databank. De INTEGO-databank, waarin sinds 1995 gecodeerde persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid zijn geregistreerd, zal de Gegevensbank van Ziekte worden. Deze koppeling biedt nieuwe perspectieven waarvan de geldigheid nog moet worden geëvalueerd.

Een studie, uitgevoerd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, gepresenteerd aan de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen op 30 juni 2017, toonde echter aan dat het doel van het centraliseren van de relevante informatie van de patiënt slechts gedeeltelijk wordt gerealiseerd.

De inspanningen om de volledigheid van het GMD te bewaken en de verplichte registratie van bepaalde parameters voor de opvolging van de patiënt zijn zeker de moeite waard. Daarom werd in het nationaal akkoord Artsen-Ziekenfondsen voor 2018 en 2019 het GMD in een van de zeven uitgangspunten opgenomen. Onder punt 4.1.1 werden de acties opgenomen.

De informatie die zich in een GMD-dossier bevindt, is nog niet altijd even adequaat.

**14.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Het verbaast mij altijd hoe weinig gegevens wij eigenlijk hebben, bijvoorbeeld over diagnostiek, toch heel belangrijk om zaken zoals consumptietendensen op te volgen. Ik denk dat wij op dat vlak toch achterstaan ten opzichte van bijvoorbeeld de Scandinavische landen.

Wij komen net terug van een werkbezoek in Zweden, waar ze die databases wel hebben. Spreker na spreker heeft daar bevestigd wat de meerwaarde daarvan is. Het is jammer dat wij daarover niet beschikken en dat in een GMD wordt geïnvesteerd zonder dat wij dat kunnen opvolgen.

**14.04** Minister **Maggie De Block**: De codering is al lang een heikel punt. Dat hoor ik hier al jaren. Het GMD wordt wel afgesloten, maar de codering wordt niet genoeg gedaan. De gegevens die zich in het GMD bevinden, zijn niet accuraat genoeg. Dat trachten wij nu ook op te leggen, bijvoorbeeld met die telematicapremie, om de SUMEHR op te laden zodat die zich in het GMD bevinden.



We komen van ver, maar het is niet zo dat hier geen aandacht voor is, want dat staat in alle akkoorden. Dat wordt ook verbonden aan het geven van die telematicapremies. Het is niet voldoende dat de patiënt een GMD heeft, het moet een volwaardig GMD zijn.

Als de patiënt via de Patient Health Viewer zijn GMD zal kunnen inzien, dan zal hij ook merken of zijn arts genoeg informatie heeft opgeladen. De patiënt zal kunnen zien of een SUMEHR is opgeladen. Dat zal ook een grote vooruitgang zijn. Mensen zullen, na een doktersbezoek, een bericht krijgen als er iets aan het dossier is gewijzigd. Dan kunnen zij nakijken welke wijziging er is gebeurd. Dat is dan waarschijnlijk de diagnose van hun laatste consultatie of de inkomende resultaten van onderzoeken die toen zijn gebeurd. Het is heel belangrijk dat wij de patiënt bij dit verhaal betrekken, want uiteindelijk ligt de meerwaarde bij de gezondheid van de patiënt. Mensen die begaan zijn met hun gezondheid, zullen naar een arts willen gaan die de gegevens goed opslaat zodat zij elders kunnen worden gebruikt, bijvoorbeeld bij een hospitalisatie.

**14.05 Yoleen Van Camp (N-VA):** Als ik het goed begrijp, zullen wij, als de gegevens beter worden geregistreerd, alleen diagnostische gegevens hebben van patiënten met een GMD, dus dan is het nog niet mogelijk om een onderscheid te maken of bijvoorbeeld een kosteneffectiviteitsstudie te doen om een vergelijking te maken tussen patiënten die een GMD hebben en patiënten die geen GMD hebben. Daar maak ik mij druk over.

In de commissievergadering over *big data* heb ik gehoord dat er hieromtrent een pilootproject was aangekondigd om de gegevens beter te verzamelen. Dat zal misschien, in combinatie met de maatregelen voor het beter verzamelen van gegevens inzake het GMD, voor de nodige resultaten zorgen.

**14.06 Minister Maggie De Block:** Die pilootprojecten vinden plaats in het kader van het eHealth-platform en daarmee zijn wij al heel ver gevorderd. Toen wij daarover bij het begin van de legislatuur een uiteenzetting hebben gegeven in de commissie, was u echter een van de weinige aanwezigen. Daarover deden in de commissie zelf ook heel wat indianenverhalen de ronde. Misschien zullen wij eens een Zweed moeten uitnodigen om het te komen uitleggen.

**14.07 Yoleen Van Camp (N-VA):** Dat was gebeurd, dat was ook een van onze sprekers.

La **présidente:** C'est toute la difficulté: un système construit dès le départ avec l'ensemble des acteurs ou un système construit parfois sans eux. À mon avis, c'est l'adhésion au projet qui pose parfois problème.

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

**15 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "doktersafspraken" (nr. 21678)**

**15 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les rendez-vous médicaux" (n° 21678)**

**15.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, ik hoor steeds vaker van zorgverleners, dus niet alleen artsen maar ook paramedici, dat patiënten een afspraak maken, maar zonder te verwittigen niet komen opdagen. De medische sector spreekt over één op twintig en een inkomensverlies van honderd tot tweehonderdvijftig euro per week. Een arts mag een schadevergoeding vragen, indien een patiënt zonder te verwittigen zijn afspraak niet nakomt, maar slechts zeven procent van de artsen doet dat ook. Vier op tien artsen rekent nooit een schadevergoeding aan, bijvoorbeeld omdat ze dat niet klantvriendelijk vinden en er in de sector ook een natuurlijke marktwerking speelt.

Ten eerste, erkent u de problematiek?

Ten tweede, ziet u naast de schadevergoeding een mogelijke oplossing, bijvoorbeeld door afspraken met de sector om een en ander beter te regelen?

**15.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, de huidige medische deontologische code maakt het de arts perfect mogelijk om aan de patiënt een redelijke schadeloosstelling te vragen, wanneer die een afspraak niet nakomt zonder te verwittigen. Dat gebeurt trouwens niet alleen bij artsen, maar ook bij tandartsen en kinesisten. Of de schadeloosstelling al dan niet wordt gevraagd, moet de arts in eer en

geweten zelf uitmaken. Misschien meent hij of zij dat het niet raadzaam is om dat te doen gelet op zijn relatie met de patiënt, of juist wel. Aangezien de mogelijkheid bestaat, hoeft de overheid geen regeling op te leggen.

Ik heb het ook meegemaakt. Als dat één keer voorvalt, kan men besluiten dat de patiënt er mogelijk niet geraakt. Als patiënten systematisch niet opdagen voor gemaakte afspraken, kan men wel stellen dat het de laatste keer moet zijn; zo niet, laat men er inderdaad iets voor betalen. Het gevaar is dan dat men die patiënten nooit meer ziet, wat misschien een goede zaak kan zijn. De arts kan daar zelf over beslissen, het blijft een vrij beroep. Ik neem aan dat de ene daarvan meer last heeft dan de andere. Hetzelfde geldt voor kinesisten en tandartsen; zij beslissen zelf of en wat zij daaraan doen. Belangrijk is dat ze over de mogelijkheid beschikken om daarvoor een schadeloosstelling te vragen, evenals de mogelijkheid om de volgende keer geen afspraak meer te geven. Dit is wel belangrijk: als de consultatie niet dringend is, kan men een patiënt op basis van die feiten weigeren.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**16** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "(ziekenhuis)labo's" (nr. 21786)**

**16** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les laboratoires hospitaliers (de centres médicaux)" (n° 21786)**

**16.01** **Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, het betreft mijn schriftelijke vraag nr. 1175, die in oktober 2016 werd ingediend. Aangezien de antwoordtermijn ruim is overschreden en ik na een jaar nog geen antwoord heb mogen ontvangen, maak ik gebruik van mijn recht om ze hier als mondelinge vraag in te dienen.

Ze gaat over de visie op de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, die u recent in het Parlement aan ons hebt toegelicht. U verklaarde toen dat voor u centralisatie terecht een belangrijk punt was. Ook voor de labopraktijken van de ziekenhuizen geldt dat.

Ik stel mijn vraag om een beter inzicht in de materie te verwerven.

Hoeveel ziekenhuizen zijn er in dit land en hoeveel daarvan hebben een eigen labo? Graag kreeg ik de totale cijfers, opgesplitst per landsgedeelte, Vlaanderen, Brussel en Wallonië.

Kunt u, telkens uitgesplitst per ziekenhuis met labo en ziekenhuis zonder eigen labo, aangeven welke soort tests er gebeuren en hoeveel van dergelijke tests jaarlijks gebeuren?

Kan ik een overzicht van de totale kosten van de labo's krijgen, zowel van de werkingskosten als van de kosten voor de labo-onderzoeken zelf?

Is er, enkel focussend op de labo-onderzoeken zelf, een verschil in kostprijs voor dezelfde tests die in de ziekenhuislabo's plaatsvinden versus de tests die worden uitbesteed? Voor welke onderzoeken bestaat eventueel een verschil?

Tot slot, hebt u plannen om de labofuncties van de ziekenhuizen ook meer te centraliseren? Welke plannen hebt u ter zake? Op welke manier wil u ze verwezenlijken?

**16.02** **Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, de schriftelijke vragen worden direct naar mijn diensten doorgestuurd. Echter, zowel de FOD Volksgezondheid als het RIZIV kan het tempo van de vragen niet volgen. U weet dat wij een lineaire daling van het aantal medewerkers in de administratie doorvoeren. Het aantal medewerkers dat voor de parlementaire vragen kan worden ingezet, is dan ook beperkt.

Het gaat hier over een zeer technische vraag. Ik verdedig mijn diensten. Zij doen echt hun best, maar zij zijn gewoonweg overbevraagd, gezien het aantal binnenkomende vragen.

Desalniettemin hebben wij een antwoord op uw vraag gekregen. De diensten trachten altijd inhoudelijk goede antwoorden te geven en de cijfers te geven die u hebt gevraagd.

Het aantal ziekenhuizen met eigen labo's, opgesplitst per landsdeel is in de bijgaande tabel vermeld. Het gaat over 62 ziekenhuizen in Vlaanderen met 49 eigen labo's; 14 ziekenhuizen in Brussel, waarvan 10 met eigen labo's en 39 ziekenhuizen in Wallonië, waarvan 32 met eigen labo's.

Ik heb hier een Excelbestand met de uitgaven en het aantal prestaties voor klinische biologie. Deze zijn uitgesplitst per groep en subgroep van de nomenclatuur. Tevens wordt aangegeven of het ziekenhuis al dan niet beschikt over een eigen labo. De geselecteerde prestaties bevatten de klinische biologie, de N08, N47 en N60 van de nomenclatuur. Het gaat dus niet om anatomopathologie of genetische prestaties. Het gaat ook enkel om de gehospitaliseerde patiënten, niet om de ambulante, in de algemene ziekenhuizen.

Wat het tweede punt van uw tweede vraag betreft, de vraag naar een overzicht van de kosten voor het totale labo, zowel werkingskosten als die van labo-onderzoeken, zegt het RIZIV dat zij geen toegang heeft tot gegevens inzake de kosten van de labo's.

Wat het derde punt van uw tweede vraag betreft, of een laboanalyse in een ziekenhuislabo wordt uitgevoerd dan wel wordt uitbesteed aan een ander laboratorium: het honorarium is hetzelfde, zowel voor het RIZIV als voor de patiënt. De klinisch bioloog wordt gehonoreerd voor de analyse of krijgt een forfait uitgekeerd. Als een labo de testen uitbesteedt, dan moeten zij onder elkaar afspraken maken over de vergoeding, maar de totale prijs van de test mag niet hoger zijn. De patiënt noch de ziekteverzekering moet dus meer betalen omdat een labo de behandeling van een test uitbesteedt aan een ander labo.

Wat uw derde vraag betreft, voor de moleculaire biologie moeten de laboratoria een ISO-accreditatie behalen. Er is slechts een beperkt aantal labo's dat deze accreditatie heeft behaald en dus deze testen uitvoert. Wat de *next-generation sequencing panels* betreft, dat zijn ook genetische testen en testen van de moleculaire biologie. Ook hier zal dus slechts een beperkt aantal laboratoria in aanmerking komen om deze testen uit te voeren.

Voor routinematige labotesten zoals stolling enzovoort zijn er geen plannen voor centralisatie omdat die eigenlijk in elk ziekenhuis moeten kunnen gebeuren.

Ik zal u de documenten bij deze vraag bezorgen.

*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 hepatitis C-screening" (nr. 21787)**

**17** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage de l'hépatite C" (n° 21787)**

**17.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, deze vraag was mijn schriftelijke vraag nr. 1213, ingediend in oktober 2016. Ze is ondertussen bijna anderhalf jaar oud en ik heb nog geen antwoord ontvangen.

Deze vraag gaat over hepatitis C. Vooreerst wil ik de initiatieven die u hebt verwezenlijkt voor de behandeling van hepatitis C toejuichen. Het is onze volgehouden inzet om middelen vrij te maken voor nieuwe noden. Deze inzet heeft de invulling van die nieuwe noden mogelijk gemaakt. Hepatitis C is daarvan een mooi voorbeeld.

Het plan voor de behandeling is ambitieus en toch realistisch. Wat de gerichte screening betreft, denk ik dat we vandaag de middelen niet helemaal inzetten waar die nodig zijn. Het lijkt mij doelgerichter om bijvoorbeeld te screenen bij een bepaalde generatie, bijvoorbeeld de babyboomers, terwijl de huidige veralgemeende screening van zwangere vrouwen zijn doel allicht voorbijschiet, aangezien dit net geen babyboomers zijn.

Ik heb eigenlijk eerder een vermoeden en om meer inzicht te krijgen, wilde ik daarover wat cijfermateriaal verzamelen.

Is het juist dat zwangere vrouwen systematisch op hepatitis C gescreend worden?

Welke andere doelgroepen worden nog systematisch gescreend? Worden mannen die seks hebben met mannen en drugsgebruikers ook gescreend?

Kunt u aangeven hoeveel mensen jaarlijks in dit land op hepatitis C gescreend worden? Graag kreeg ik de aantallen van de voorbije vijf jaar, het totaal en uitgesplitst per deelstaat en per doelgroep; dat laatste gaat dan bijvoorbeeld over het aantal zwangere vrouwen dat gescreend wordt.

Kunt u aangeven in hoeveel gevallen de screening een bevestigd positief resultaat oplevert, zowel voor het totaal als voor de opsplitsing naar de doelgroepen? Dit is om de stelling die ik poneerde te kunnen beoordelen, namelijk dat bij zwangere vrouwen vandaag een lager aantal positieve resultaten kan worden vastgesteld.

Op welke manier wordt er gescreend, met een bloedafname of een speekseltest? Kunt u daarover aantallen geven?

Hebt u een idee van de kostprijs van de huidige screening, zoals die vandaag gebeurt?

Hebt u plannen om die screening aan te passen? In uw plan voor de behandeling van hepatitis C is een belangrijk puzzelstuk de screening. Zult u de kosten daarvoor op het federale niveau dragen? Of zult u hiervoor aankloppen bij uw deelstaatcollega's? Hoe zal de bevolking begrijpen dat ze zich kan laten screenen om te kunnen genezen van hepatitis C, ook al weten velen dat ze niet besmet zijn, want dat zit eigenlijk in de maatregelen?

**17.02** Minister **Maggie De Block**: Ik krijg veel vragen over preventie en ook vaccinatie, terwijl iedereen weet dat preventie een bevoegdheid van de deelstaten is. Sommige mensen hebben hier een paar staatshervormingen gemist.

Wij hebben zelf geen cijfers over hoeveel vroegtijdige opsporingen worden georganiseerd. Volgens de informatie waarover wij beschikken, is niets bekend over een bevolkingsonderzoek om een vroegtijdige opsporing te organiseren.

Voor hepatitis C hebben we inderdaad de terugbetaling mogelijk gemaakt, voor stadium 4, 3 en 2. Het is de bedoeling om dat ook nog te doen voor stadium 1 en 0.

Bij risicogroepen worden bloedafnames gedaan. Er zijn ook toevallige vondsten. Sommige mensen hebben nog geen falende leverfunctie maar zijn toch besmet met hepatitis C.

We trachten ook daar met de organisaties op het terrein, zoals Sensoa, te wijzen op het belang van vroegtijdig testen, ofwel door middel van een zelftest en doorverwijzing, ofwel door een grondige screening bij risicogedrag, zoals bij mannen die seks hebben met mannen of drugsgebruikers. Bij zwangere vrouwen en vrouwen met een kinderwens wordt dit standaard getest.

Daarover hebben wij wel informatie, hoewel men mij zegt dat dit er moeilijk uit te halen is.

Deze zaken kan men terugvinden bij de deelstaten. Wij proberen ook met hen afspraken te maken over de screening. Soms wordt ook een deel van de kosten, bijvoorbeeld voor de baarmoederhalsscreening, door de federale overheid gedragen.

Als iets wordt overgeheveld, wil ik graag dat men daar zijn verantwoordelijkheid neemt. Ik ben altijd een koele minnaar geweest van het feit dat alleen het preventieve wordt overgedragen en niet het curatieve, maar het is wel nodig dat het gebeurt. We zullen werken met de middelen die wij hebben bij de overheveling maar dan moet iedereen zijn verantwoordelijkheid nemen. Ik reken op mijn collega's om dat te doen.

**17.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik ben het daarmee eens. Wij zullen het daar laten bevragen.

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

De **voorzitter**: Wij komen nu aan de vraag nr. 21790 van mevrouw Van Camp over het voorschrift op

stofnaam.

**17.04 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, ik had al aan het secretariaat doorgegeven dat ik intussen al een antwoord had ontvangen, maar die vraag stond nog steeds op de agenda.

**17.05 Minister Maggie De Block:** Het antwoord werd aan de Kamer overgezonden op 20 december.

**17.06 Yoleen Van Camp (N-VA):** Voor vraag nr. 21792 over Rilatine geldt hetzelfde. Ook dat antwoord heb ik ontvangen.

**17.07 Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, ik weet niet wat er moet gebeuren met vraag nr. 22217 van mevrouw Fonck en de vragen nrs. 23186 en 23190 van de heer Blanchart, die daarmee waren samengevoegd.

La **présidente:** Je récapitule. Il s'agissait au départ d'une question écrite, à laquelle vous n'aviez pas obtenu de réponse. Vous l'aviez alors transformée en question orale. Mais dans l'intervalle, vous avez reçu une réponse. Cette question devient donc sans objet.

**18 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "rugoperaties" (nr. 21791)**

**18 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les opérations du dos" (n° 21791)**

**18.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, op de agenda staan nog vier vragen van mij, oorspronkelijk schriftelijke vragen, die al van zowat oktober 2016 hangende zijn. De vraag over rugoperaties behoort daar ook toe.

Mevrouw de minister, op het terrein heb ik vernomen dat het aantal rugoperaties enorm toeneemt. Met mijn vraag wilde ik u naar cijfers vragen in dat verband. Kunt u cijfers bezorgen over het aantal rugoperaties dat jaarlijks wordt uitgevoerd in de afgelopen vijf jaar in het totaal en uitgesplitst per deelstaat? Welke soort van ingrepen wordt er precies uitgevoerd? Kennen we de indicaties waarvoor de rugoperaties worden uitgevoerd? Welke is de leeftijd van de patiënten?

Hebben wij vanuit de overheid een overzicht op de *guidelines*? Worden die gemonitord of nagegaan?

Weten we iets over het succes van die ingrepen? Bijvoorbeeld, hoeveel mensen hebben meerdere ingrepen nodig? Hoeveel mensen zijn definitief van hun rugklachten verlost na een operatie?

Ten slotte, welk budget wordt er jaarlijks besteed aan rugoperaties, in totaal en uitgesplitst per deelstaat?

**18.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, ook deze vraag is zeer technisch, maar ik zal u de vele cijfers geven. De cijfers zijn opgesteld van in het jaar 2012. Het aantal rugoperaties per jaar bedroeg toen 31 333. In 2016 waren dat er 31 352. Er is dus geen enorme toename, ook niet in de deelstaten. In Vlaanderen is het aantal rugoperaties zelfs iets verminderd, namelijk 500 minder in 2016, maar de aantallen lopen dus ongeveer gelijk.

De ingrepen kunt u terugvinden in artikel 14, k, van de nomenclatuur en worden mee opgevolgd in de periodieke audit van het RIZIV en bij de trimestriële analyse van de uitgaven en gevallen. Het gaat over rugoperaties en het onderscheid tussen een operatie met of zonder wervelfusie per jaar. Daarvan heb ik ook een tabel met cijfers. In 2012 bedroeg het totaal 31 333 en in 2016 bedroeg het totaal 31 352, dus ook geen stijging, quod non. In het aantal operaties zonder wervelfusie is een lichte stijging merkbaar en in het aantal met wervelfusie een lichte daling over die zes jaar.

Nu kom ik tot het aantal rugoperaties per leeftijdscategorie in de afgelopen vijf jaar. In totaal zijn er zowat 31 000 operaties in 2012 en ook zowat 31 000 in 2016. Er zijn nauwelijks schommelingen. U kunt de cijfers nalezen in de tabel die ik u overhandig. De eerste leeftijdscategorie is 0 tot 4 jaar en de laatste is 95+.

Het Kenniscentrum heeft in mei 2017 een update gemaakt van de klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn, gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke bewijzen. Daarna publiceerde het

Kenniscentrum het zogenaamde Zorgpad voor lage rugpijn, in samenwerking met de verschillende zorgdisciplines en patiënten. Er werd ook een interactieve tool ontwikkeld. Dit zorgpad bepaalt per geval en per patiënt hoe de klachten best worden aangepakt. Het stelt voor welke onderzoeken uit te voeren, en wanneer en wat de beste behandeling is.

De nomenclatuur van de rugoperaties is op dit moment nog aan een herziening toe. De gebruikte operatietechniek zal daarbij het uitgangspunt voor de verstrekking worden. Er wordt ook een koppeling gemaakt met de registratie van de indicatie die tot een rugoperatie leidde.

Uit een analyse in voorbereiding van de nieuwe nomenclatuur, uitgevoerd op de gegevens voor de periode 2007-2010, werd vastgesteld dat er voor de ingrepen met wervelfusie in 18,78 % van de gevallen *redo's* zijn en voor deze zonder fusie in 18,96 %. Het register met de *patient-reported outcome measures*, dat weldra als piloot start, zal daarop in de toekomst een beter antwoord bieden. Er wordt daarbij gemeten hoe de kwaliteit van leven van de patiënt, voor en na de rugoperatie, veranderd is.

Ik kom dan tot het jaarlijks bedrag, terugbetaald voor rugoperaties per deelstaat. Voor Brussel gaat het om 1,2 miljoen euro, voor Vlaanderen om 13 miljoen euro en voor Wallonië om 6 miljoen euro. Er is ook nog een groep "Missing", die men niet kan thuisbrengen en die 108 000 euro bedraagt. Deze cijfers zal u terugvinden in de tabel die ik u zal bezorgen.

**18.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor het antwoord. Ik zal dit bekijken.

La **présidente**: Les annexes seront communiquées au secrétariat de la commission.

**18.04 Maggie De Block**, ministre: Il s'agit d'une réponse plus détaillée, par catégorie d'âge.

La **présidente**: Donc, il y a une annexe et des chiffres pour cette question-ci et également pour les ziekenhuislabo's.

Le secrétariat mettra ce complément d'information à la disposition de tous sur l'extranet de la commission.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**19 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "cholesterolverlagers" (nr. 21794)**

**19 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les hypocholestérolémiants" (n° 21794)**

**19.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ook dit is weer een schriftelijke vraag uit oktober 2016, in casu over cholesterolverlagers. Er wordt nog heel vaak gegrepen naar medicijnen in geval van cholesterolproblemen in plaats van de oorzaken aan te pakken.

Wat zijn de exacte voorwaarden voor de terugbetaling van een cholesterolverlager?

Kunt u voor de voorbije vijf jaar, voor het totaal en opgesplitst per deelstaat, een overzicht geven van het gebruik van cholesterolverlagers? Wat zijn de meest voorgeschreven en terugbetaalde types? Kunt u het totaal aantal DDD's en verkochte verpakkingen aangeven? Wat zijn de meest voorgeschreven soorten en merken?

Wat zijn de totale uitgaven aan cholesterolverlagers?

Wat is uw mening over de evolutie van het gebruik van cholesterolverlagers? Liggen er beleidsmatige bijsturingen in dat verband op tafel?

**19.02 Minister Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, ook hiervoor heb ik heel veel cijfers en tabellen, ik zal ze u overhandigen. De opsplitsing per deelstaat maakt het niet gemakkelijker om al die gegevens eruit te halen. Dat kan ook verklaren waarom de administratie zoveel tijd nodig heeft om al die gegevens te pakken te krijgen.

De recente Europese richtlijnen over het verbruik van statines houden niet alleen rekening met de cholesterolwaarden, maar ook met het algemeen globaal risico op een cardiovasculair incident, waarbij de voornaamste risicofactoren simultaan in rekening worden gebracht. De zogenaamde klassieke risicofactoren zijn incidentie van diabetes, hypercholesterolemie, hypertensie, rookgedrag en de leeftijd. Er zou bovendien een iets hogere voorbeschiktheid zijn bij het mannelijk geslacht. Ik neem aan dat Unia daaraan niet veel kan doen.

De vereniging van betrokken Belgische specialisten staat volledig achter de Europese richtlijnen. De statines worden terugbetaald zonder voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer, dat staat in hoofdstuk 1. Alleen voor de indicatie familiale hypercholesterolemie – een klein deel van onze bevolking is werkelijk genetisch voorbeschikt voor zogenaamde hypercholesterolemie A – is een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer verplicht. Bij die personen kunnen trouwens alleen bepaalde medicaties worden gebruikt.

De nieuwe cholesterolverlagers, evolocumab en alirocumab, zijn humane monoklonale antilichamen voor de behandeling van hypercholesterolemie. Die geneesmiddelen moeten eenmaal per maand of om de twee weken toegediend worden via een subcutane injectie. Men kan de patiënt trainen, zodat hij of zij zelf die inspuiting kan doen.

De doelgroep die terugbetaling geniet, bestaat uit de patiënten met een familiale hypercholesterolemie die ook een sterk verhoogd cardiovasculair risico hebben en die ondanks behandeling met de klassieke cholesterolverlagers nood hebben aan bijkomende cholesteroldalingen.

De kosten van die geneesmiddelen zijn zeer hoog, ongeveer 5 500 euro per patiënt per jaar. Ze worden terugbetaald in het kader van een overeenkomst tussen het bedrijf en het RIZIV wegens de zeer hoge kostprijs van de behandelingen en de onzekerheden qua klinische werkzaamheid en het aantal patiënten dat daardoor zal kunnen worden behandeld.

Ik heb de tabellen die u gevraagd hebt. Ze geven een overzicht van het gebruik van hypolipemiërende middelen voor de periode 2012-2016, de top vijf van cholesterolverlagers volgens gewest, volgens de RIZIV-uitgaven en volgens het aantal *defined daily doses* voor 2016.

Wat de statines betreft, is er momenteel een evaluatie door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen om de vergoedingsmodaliteiten te harmoniseren. Dat zou moeten toelaten om de uitgaven gerelateerd aan het gebruik van die geneesmiddelen, te verlagen.

Ik heb ook nog een tabel voor u inzake openbare officina exclusief rusthuizen en het gebruik in rusthuizen. In de beide tabellen worden de gegevens opgesplitst per cholesterolverlager en per gewest.

Er is ook nog een tabel met de top vijf van cholesterolverlagers per gewest, volgens RIZIV-uitgaven en volgens het aantal *defined daily doses* voor 2016.

La **présidente**: Pour cette question-ci également, nous mettrons l'annexe à la disposition de tous.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**20** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "pijnstillers" (nr. 21795)**

**20** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les analgésiques" (n° 21795)**

**20.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ook deze vraag dateert van oktober 2016.

Welke pijnstillers worden er onder welke voorwaarden terugbetaald?

Kunt u voor de voorbije jaren, voor het totaal en opgesplitst per deelstaat, een overzicht geven van het gebruik van pijnstillers? Zijn er gegevens over het voorgeschreven aantal, met een opdeling per soort? Zijn er gegevens over het aantal verstrekte DDD's van de verschillende soorten pijnstillers op voorschrift?

Kunt u ons ook een overzicht geven van de uitgaven?

**20.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, de volgende klassen van pijnstillers worden terugbetaald: de opioïden en de geneesmiddelen met paracetamol als werkzaam bestanddeel. De geneesmiddelen voor migraine laat ik buiten beschouwing.

De terugbetaling van analgetica in het kader van chronische pijnen wordt volgens drie verschillende reglementeringen bepaald. Ten eerste is er het koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van het artikel 37, §16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de analgetica betreft. Het gaat om analgetica op basis van paracetamol of de combinatie van paracetamol en codeïne, die voorkomen op de lijst als bijlage bij het besluit. Ze zijn bestemd voor de behandeling van aanhoudende chronische pijn, dat wil zeggen pijn die na een optimale curatieve behandeling aanhoudt gedurende minstens drie maanden of die aanhoudt na de curatieve behandeling van een ziektebeeld van maligne chronische pijn. Het gaat om pijnen ontstaan ten gevolge van kankers, of sommige gevallen van chronische artritis of artrose, om neurogene of neuropathische pijnen van centrale of perifere oorsprong, zoals multiple sclerose, om perifere vasculaire pijn, de ischemische pijnen, om postchirurgische pijn, inbegrepen fantoompijn, en om fibromyalgie.

De behandelend arts of de arts die het globaal medisch dossier van de patiënt beheert, bezorgt een notificatie van de chronische pijn aan de adviserend arts van het ziekenfonds van de patiënt. De tegemoetkoming van de verplichte verzekering bestaat uit 20 % van de prijs van het analgeticum dat voorkomt op de lijst en toegekend kan worden op basis van een machtiging van de adviserend arts.

Een tweede reglementaire basis is het koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten.

De volgende grondstoffen worden vergoed, indien ze verwerkt worden in de bereiding die gebruikt wordt bij de behandeling van één of meer chronische pijnen: acetylsalicylzuur, codeïne en codeïnefosfaat, hemihydraat, coffeïne watervrij, paracetamol, maar dan enkel in zetpillen, of paracetamol kristal.

De behandelend arts stelt een gemotiveerd verslag op dat de diagnose bevestigt. Dat verslag wordt ook opgestuurd aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds van de patiënt. De tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt toegekend op basis van de machtiging van de adviserend geneesheer. De tegemoetkoming bedraagt het verschil tussen de totale kostprijs van de magistrale bereiding en het persoonlijk aandeel van de niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbende.

Een derde reglementaire basis, ten slotte, is het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. Hier gaat het om de analgetica op basis van paracetamol of ook om de combinatie paracetamol/codeïne, die voorkomen op de lijst van de vergoedbare specialiteiten. Ze zijn bestemd voor de behandeling van aanhoudende chronische pijn, dat wil zeggen pijn die na een optimale curatieve behandeling aanhoudt gedurende minstens zes maanden of die aanhoudt na een curatieve behandeling van een ziektebeeld van maligne chronische pijn, veroorzaakt door een chronische aandoening zoals kankerpijn, chronische artritis, artrose, neurogene of neuropathische pijn van centrale of perifere oorsprong, perifere vasculaire pijn, postchirurgische pijn en fibromyalgie. De behandelend arts of de arts die het globaal medische dossier beheert, bezorgt ook een aanvraag tot terugbetaling aan de adviserend geneesheer van de patiënt. De tegemoetkoming wordt toegekend op basis van de machtiging van de adviserend geneesheer volgens categorie B.

Ik heb ook een tabel die een overzicht geeft van RIZIV-uitgaven, met name het aantal *daily doses* en het aantal verpakkingen voor pijnstillers voor de periode 2012-2016, het meest recente jaar waarvoor volledige gegevens beschikbaar zijn in de Farmanetdatabank. Daarin zijn ook de gegevens opgedeeld per gewest en per type pijnstiller, zoals u vroeg.

De rusthuizen ROB's en RVT's zijn in 2015 overgeschakeld op het systeem van tarifiering per eenheid. Daarom worden voor 2015 en 2016 het aantal verpakkingen afgeleverd in de open officina en het aantal



eenheden afgeleverd in de rusthuizen, apart vermeld. Daar wordt immers sowieso per eenheid gewerkt.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**21** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "thuiszorg voor kinderen" (nr. 21802)**

**21** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins pédiatriques à domicile" (n° 21802)**

**21.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ook deze vraag had ik ingediend als schriftelijke vraag in oktober 2016, maar aangezien ik hierop een jaar na datum nog geen antwoord heb ontvangen, stel ik ze nu mondeling.

Bij thuiszorg denkt men vaak aan een iets oudere populatie, terwijl ook jongere kinderen hierop vaak een beroep doen. Met betrekking tot die groep heb ik enkele vragen.

Hoeveel actieve thuisverpleegkundigen richten zich precies op kinderen? Hoeveel uren thuiszorg worden per jaar gepresteerd door deze thuisverpleegkundigen? Weet u hoeveel uren thuiszorg er daarvan werden gepresteerd bij kinderen?

Weet u iets over de leeftijdscategorieën waarbij de meeste thuiszorg wordt ingeroepen voor kinderen, over de indicatiestelling en over de zorgen waarvoor kinderen het meest een beroep doen op de thuiszorg?

Wat is de jongste leeftijd voor patiënten waarbij een beroep werd gedaan op thuisverpleging? Wat zijn de andere leeftijdscategorieën aan wie thuisverpleegkundigen de meeste zorgen besteden? Welke zorgen worden het vaakst toegediend?

Welk budget gaat er naar thuisverpleging in het algemeen en specifiek naar thuiszorg voor kinderen?

Weet u of bepaalde diensten zich specifiek toeleggen op de thuiszorg voor kinderen en of binnen bepaalde thuiszorgdiensten bepaalde verpleegkundigen zich specifiek bekwamen of bijscholen inzake kinderthuiszorg?

**21.02** **Minister Maggie De Block**: Juffrouw Van Camp, ik zal u de cijfers en de tabellen bezorgen.

De eerste tabel betreft het aantal verpleegkundigen die een activiteit die is opgenomen in de ziekteverzekering, uitoefenen. Het gaat daar om het aantal verpleegkundigen met een praktijk. Daar zien wij tussen 2010 en 2015 een stijging met 5 000 personen, voornamelijk in het Vlaams Gewest. Het aantal gepresteerde uren is niet bekend bij het RIZIV.

De leeftijdscategorie waarvoor verpleegkundige zorgen het meest worden uitgevoerd bij kinderen, is de leeftijdscategorie tussen 15 en 19 jaar. Dat wil niet zeggen dat het onder die leeftijd niet gebeurt, maar dat is de grootste groep.

De indicaties zijn ook niet bekend bij het RIZIV.

Wat betreft de prestaties die het meest worden uitgevoerd bij kinderen op zes jaar, heb ik ook een tabel. Het gaat daar vooral over het toedienen van geneesmiddelen en de eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag, complexe en eenvoudige wondzorg. Ook daar zien wij een toename.

Verpleegkundige zorgen kunnen worden uitgevoerd vanaf de leeftijd van 1 jaar.

Voor de jaren 2010-2015 wordt voor de leeftijdscategorie van 80 tot 84 jaar – het gaat daarbij dus niet over kinderen maar over ouderen – het hoogste aantal verpleegkundige zorgen uitgevoerd.

De vijf prestaties die over een periode van vijf jaar voor alle leeftijdscategorieën het meeste worden uitgevoerd, zijn: een eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag, hygiënische verzorging en toediening van geneesmiddelen, langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toegangsweg. Een andere grote groep is het forfaitaire honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag voor het geheel van

de verpleegkundige verzorging wordt toegekend.

In 2015 bedroegen de uitgaven 1,3 miljard euro voor de verpleegkundige zorgen, waarvan 1 % van de uitgaven voor kinderen was.

Ik zal u de tabellen geven.

**21.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Bedankt, mevrouw de minister.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**22 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging na zwangerschapsdiabetes" (nr. 21921)**

**22 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi après un diabète gestationnel" (n° 21921)**

**22.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, vrouwen die tijdens hun zwangerschap zwangerschapsdiabetes ontwikkelen, hebben ook een hogere kans om nadien diabetes te blijven hebben. Mijn vraag is of er bijgehouden wordt hoeveel zwangere vrouwen zwangerschapsdiabetes ontwikkelen, hoeveel dat er jaarlijks procentueel zijn, of er standaard gecontroleerd wordt op zwangerschapsdiabetes, in welke standaard opvolging er is voorzien voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes en hoelang deze aanhoudt.

**22.02 Minister Maggie De Block:** Het al dan niet aanwezig zijn van diabetes tijdens de zwangerschap, hetzij vooraf bestaande diabetes of zwangerschapsdiabetes, is een parameter die wordt geregistreerd in de geboorteaangifte. Deze geboorteaangifte is verplicht. Het aantal moeders verblijvend in België in de periode 2010-2014 waarbij diabetes werd aangegeven bij de bevalling stijgt dan ook iets meer, van ruim vijfduizend in 2010 naar ruim zeventuizend in 2014. Dit cijfer komt overeen met 4 % van de geboorten in 2010 en met 5,8 % in 2014.

Er worden verschillende factoren vermeld, waardoor deze stijging kan worden verklaard. Enerzijds is er de verbeterde screening. Anderzijds is er een stijging in de risicofactoren bij de bevolking, waarvan de voornaamste is dat er meer zwangerschappen zijn op latere leeftijd, oudere moeders dus, en een stijging van de incidentie van obesitas.

De meest recente gegevens zijn gepubliceerd op het niveau van de Gemeenschappen en Gewesten door het Centre d'Epidémiologie Périnatale en het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie. In 2015 had 8,9 % van de moeders diabetes in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 7,5 % in het Waals Gewest en 3,7 % in Vlaanderen. Het grote verschil voor Vlaanderen kan worden verklaard doordat daar in 2015 de nieuwe aanbevelingen voor screening nog niet werden toegepast.

Er is een richtlijn voor goede medische praktijkvoering. Er is zwangerschapsbegeleiding van Domus Medica gevalideerd door CEBAM in mei 2015. Bij aanvang van de zwangerschap is een bevraging van de risicofactoren op zwangerschapsdiabetes aanbevolen. Bij vrouwen met risicofactoren moet een screening via bloedafname gebeuren, maar men beveelt ook een algemene screening van zwangere vrouwen aan.

Op 24 weken is er een nieuwe screening op zwangerschapsdiabetes door een bloedafname, aanbevolen bij elke vrouw, ongeacht of ze al diabetes had of niet.

Volgens de richtlijn worden vrouwen tijdens de zwangerschapsdiabetes meteen ook voor opvolging doorverwezen naar de endocrinoloog. Zij kunnen ook tijdelijk in een diabetesovereenkomst worden opgenomen, met opvolging door een multidisciplinair team van een diabetesconventiecentrum.

Voor de screening na zwangerschapsdiabetes loopt in Vlaanderen het project Zoet Zwanger van de Diabetes Liga in samenwerking met Domus Medica en de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, gefinancierd door de Vlaamse overheid.

Vrouwen met zwangerschapsdiabetes worden uitgenodigd zich kort na de diagnose van zwangerschapsdiabetes vrijwillig te registreren. Na de bevalling krijgen die vrouwen nog jaarlijks een brief en

een e-mail, om ook nog eens opnieuw bij de huisarts langs te gaan voor een bloedafname en dus om na te gaan of zich ondertussen geen gewone diabetes dreigt te installeren.

Mevrouw Van Camp, ook daarvan zal ik de annex aan u bezorgen.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

### **23** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van de praktijkvoering en controle op euthanasie bij psychisch lijden" (nr. 21927)

- mevrouw **Isabelle Galant** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek over euthanasie" (nr. 22563)

- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "euthanasie" (nr. 23312)

### **23** **Questions jointes de**

- **Mme Valerie Van Peel** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation de la pratique médicale et le contrôle de l'euthanasie dans le cadre d'une souffrance psychique" (n° 21927)

- **Mme Isabelle Galant** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport du Comité consultatif de Bioéthique concernant l'euthanasie" (n° 22563)

- **Mme Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'euthanasie" (n° 23312)

La **présidente**: Mme Fonck est excusée pour raison médicale.

**23.01** **Isabelle Galant** (MR): Madame la ministre, comme vous le savez, le Comité de Bioéthique a présenté son avis concernant l'euthanasie dans les cas de patients n'étant pas en phase terminale. Ce rapport constate qu'en 2015, 2 022 de personnes ont été euthanasiées mais que 15 % d'entre elles n'étaient pas en phase terminale. Généralement, ces patients sont en grande détresse physique et psychologique.

Rappelons qu'une demande d'euthanasie dans notre pays ne peut se faire qu'à condition que la personne soit saine d'esprit, que la demande soit faite de manière répétée et que la situation médicale est sans issue. Pour les cas psychiques ou psychiatriques, la loi semble évasive.

Le Comité de Bioéthique rappelle que la fatigue de vivre, souvent liée à des problèmes sociaux et sociétaux, ne peut constituer en aucune façon une raison d'euthanasie.

Trois positions médicales se sont dégagées à l'issue de ce rapport. La première considère qu'il est inopportun de modifier la loi actuelle. La deuxième souhaite la modifier pour exclure clairement pour les patients psys de bénéficier d'une euthanasie. La dernière estime qu'il faut une modification de la loi pour tenir compte des troubles psychiatriques.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance du rapport du Comité de Bioéthique? Quelle est votre analyse globale de ce rapport? Êtes-vous satisfaite du travail de longue haleine de ce comité?

Les conclusions de ce rapport pointent l'absence de base juridique ou plutôt le flou concernant l'euthanasie pour des personnes qui ne sont pas en phase terminale. Quel est votre avis sur ce point précis?

Êtes-vous favorable à une révision des textes législatifs sur l'euthanasie? Pensez-vous qu'il faille inclure de nouveaux critères ou conditions légales pour l'obtenir et l'étendre aux catégories psychiatriques?

Que pensez-vous par ailleurs de la proposition d'extension du délai légal d'un mois entre la demande d'euthanasie et l'acte en lui-même?

**23.02** **Minister Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, de vraag van mevrouw Van Peel verwees naar een opiniestuk en naar de reactie van de voorzitter en de leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie.

Madame Galant, vos questions sont posées spécifiquement à la suite de l'avis n° 73 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique: "Euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance

psychique et d'affectations psychiatriques".

Il ressort de tous ces documents que non seulement il existe différents points de vue quant au souhait de prévoir la possibilité d'appliquer l'euthanasie, dans le cadre de la loi, sur la base d'une souffrance psychique intenable, mais aussi que le rôle de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie est remis en question par certains.

De actieve levensbeëindiging op verzoek van de patiënt is evident een van de meest belangrijke en delicate ethische kwesties. Het komt in de eerste plaats het Parlement toe om een debat te voeren over een evaluatie en eventuele verbetering van de wet.

De afgelopen tijd gingen ook heel wat stemmen op om de euthanasiewet te evalueren. Sommigen stelden ook wijzigingen voor op een aantal punten. Ik denk dan aan de praktijk van euthanasie bij psychisch lijden, de eventuele registratie van palliatieve sedatie in de terminale fase, de taak en werking van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie, de mogelijkheid om euthanasie al dan niet uit te voeren bij dementie, de mate waarin instellingen de toepassing van euthanasie binnen hun muren beletten enzovoort.

Je suis en faveur d'un large débat concernant le cadre légal de l'euthanasie. Il existe déjà des recherches sur lesquelles vous pouvez vous baser lors de votre évaluation. Vous pouvez bien entendu être à l'écoute des personnes sur le terrain. Ce sont tout d'abord les patients, mais aussi les médecins, les infirmières; l'association flamande de psychiatrie, qui a établi un directive reprenant des critères quant à l'attention apportée en cas d'euthanasie pour souffrance psychique; la Commission de l'euthanasie lors de la présentation de son prochain rapport, et d'autres.

À la demande éventuelle de cette assemblée, je suis disposée à charger mes services d'examiner dans quelle mesure ils peuvent rassembler des éléments supplémentaires en vue d'étoffer une évaluation. Les entités fédérées et les universités doivent également pouvoir y jouer un rôle.

Mevrouw Fonck en mevrouw Van Peel hebben mij gevraagd naar een doorlichting van de Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie.

Ik wijs erop dat de regering die commissie enkel logistiek en financieel ondersteunt en dat zij volgens de wet enkel aan het Parlement kan rapporteren.

De Kamer heeft beslist over de dubbele lijst met kandidaten waaruit de effectieve en plaatsvervangende leden voor deze commissie werden benoemd. Naar ik aanneem, was deze lijst pluralistisch samengesteld.

Aan die doorlichting kan ik dus zelf niets doen.

C'est la Chambre qui a décidé de qui devait être représenté dans ce comité. Le financement relève du gouvernement, mais le rapportage et l'évaluation sont de la compétence du parlement. C'est ainsi que nous avons fait cela à l'époque, lors du vote de la loi. Cela n'a pas été une décision simple à prendre.

La **présidente**: Nous avons reçu la commission d'évaluation, il y a quelques mois, à propos de leur dernier rapport. Je ne sais plus s'il s'agit d'un rapport annuel ou bisannuel.

**23.03** **Maggie De Block**, ministre: Tous les deux ans.

La **présidente**: Il est vrai que des propositions de loi existent. La difficulté est qu'elles sont envoyées en commission de la Justice et pas en commission de la Santé. L'euthanasie est juridique. C'est toujours un peu compliqué. Nous faisons l'évaluation, nous réfléchissons aux personnes concernées, en lien avec les soins de santé et les droits des patients. Mais si on veut changer la loi, cela se règle effectivement en commission de la Justice.

**23.04** **Maggie De Block**, ministre: Il s'agit d'une exception à la loi pénale.

Het Strafwetboek maakt dat onderscheid. Het is dus eerder een ethische dan een juridische kwestie.

La **présidente**: Cela fait partie des sujets que les parlementaires ou les groupes peuvent ajouter à leurs priorités pour l'organisation des travaux des mois à venir.

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

**24** **Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van plastische chirurgie" (nr. 21994)**

**24** **Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de la chirurgie esthétique" (n° 21994)**

**24.01** **Els Van Hoof** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, steeds meer mensen zoeken hun heil in plastische chirurgie, niet enkel omwille van een verheven schoonheidsideaal maar ook uit medische overwegingen. De cijfers van het RIZIV tonen aan dat men steeds meer uitgeeft voor reconstructieve plastische chirurgie. In 2015 werden bijna zestigduizend ingrepen terugbetaald die noodzakelijk waren om medische redenen. Dat was goed voor ruim 18 miljoen euro of 70 % meer dan in 2006.

Uit de cijfers blijkt dat ook het aantal ingrepen om louter esthetische redenen de voorbije tien jaar spectaculair is gestegen. Het taboe rond borstvergrotingen, facelifts en neus- en ooglidcorrecties is volledig verdwenen.

Ik had dan ook graag een aantal cijfers gekregen voor de universitaire ziekenhuizen van Leuven, Gent, Brussel en Antwerpen voor de periode van 2010 tot nu. Wat was de aard van de ingrepen en voor welke bedragen stonden die bij het RIZIV? Het gaat dan zowel om de reconstructieve plastische ingrepen als om de esthetische plastische ingrepen.

**24.02** **Minister Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Hoof, door het RIZIV wordt enkel de reconstructieve plastische chirurgie terugbetaald. De zuiver esthetische chirurgie wordt niet terugbetaald. Bijgevolg heeft het RIZIV ook geen gegevens over deze laatste categorie, aangezien de artsen ze niet attesteren of de attesten door het ziekenfonds worden geweigerd. Ze worden dus ook niet in de statistieken opgenomen.

Ik heb een tabel met het aantal gevallen en de uitgaven per verstrekking van nomenclatuur 14, c van 2010 tot 2015. Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen de universitaire ziekenhuizen en de andere ziekenhuizen.

Ik heb ook meer uitleg over welke verstrekkingen worden terugbetaald. Soms gaat het om ongevallen, maar ook om aangeboren afwijkingen en om chirurgische ingrepen wegens kwaadaardige aandoeningen. Het betreft dus echt reconstructieve chirurgie. Het aantal indicaties neemt ook sterk toe omdat men technisch meer deskundigheid opbouwt.

La **présidente**: Ces données seront ajoutées aux annexes.

**24.03** **Els Van Hoof** (CD&V): Dank u voor uw antwoord.

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

La **présidente**: Madame Van Camp, accepteriez-vous que M. Senesael pose sa question sur l'hémochromatose? De la sorte, nous pourrions continuer ensuite avec vous jusqu'au moment où Mme la ministre devra s'en aller.

**24.04** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ja.

**25** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door patiënten met hemochromatose" (nr. 22013)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door personen met hemochromatose" (nr. 22468)

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door personen met hemochromatose" (nr. 22539)

**25** Questions jointes de

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par les patients souffrant d'hémochromatose" (n° 22013)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par les personnes souffrant d'hémochromatose" (n° 22468)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par les personnes atteintes d'hémochromatose" (n° 22539)

**25.01** Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, notre pays compte de nombreuses personnes atteintes d'une certaine forme d'hémochromatose, dont le traitement consiste en des saignées régulières. Or, leur sang ne pouvait jusqu'à présent être utilisé dans le cadre du don de sang car leur don n'était pas considéré comme désintéressé puisque les saignées correspondent à un traitement pour ces patients.

Afin de permettre l'utilisation du sang de ces patients dans le cadre d'un don de sang et à la suite de longues discussions, une proposition de loi visant à modifier la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine en ce qui concerne le caractère altruiste du don de sang par des personnes atteintes d'hémochromatose a été adoptée à l'unanimité des parlementaires présents lors de la session du 21 janvier 2016.

Madame la ministre, il vous revient d'élaborer les arrêtés d'exécution nécessaires. Pouvez-vous nous préciser où vous en êtes dans leur élaboration? Comment expliquez-vous qu'ils n'aient toujours pas été pris?

**25.02** Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, dans mon souvenir le vote a été assez facile. Si le consensus recueilli au parlement était large, l'élaboration des arrêtés s'est avérée plus difficile. D'où le retard. Mais c'est en cours. Les patients pourront donner leur sang à partir de la date d'entrée en vigueur, dix jours après la publication des arrêtés au *Moniteur belge*. Celle-ci est prévue pour la fin du mois ou, au plus tard, dans le courant du mois de mars.

Une campagne d'information est prévue pour informer sur les conditions à garantir pour pouvoir donner du sang. Il était aussi nécessaire de changer les listes pour les déclarations. Car, souvenez-vous, c'était déjà discriminatoire. Cela a pris plusieurs mois.

Enfin, nous y sommes parvenus. Parfois, il faut longtemps pour voter quelque chose qui s'exécute ensuite rapidement, mais dans le cas présent, il restait beaucoup de choses à discuter. Car, évidemment, les risques de contamination exigent d'être vigilants en matière de responsabilité.

**25.03** Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie tout d'abord de l'issue favorable de ce dossier. J'ai bien noté qu'au plus tard, début mars, l'arrêté sera publié au *Moniteur*.

Ensuite, même si je n'en avais pas parlé dans ma question, vous avez indiqué qu'après le vote du texte, une communication devra être organisée afin de véhiculer l'information de la manière la plus pertinente possible. Vous me dites que vous allez y veiller.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: Les questions n° 22096 de Mme Barbara Pas, n° 22172 de Mme Karin Jiroflée et les questions jointes n° 22173 de Mme Karin Jiroflée et n° 22465 de Mme Anne Dedry ainsi que les questions jointes n° 22184 de Mme Karin Jiroflée et n° 22413 de Mme Anne Dedry sont reportées.

Nous pourrions arrêter les travaux à 17 h 00, après les questions jointes sur la maladie de Lyme.

**25.04** Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, il y a plusieurs questions de Mme Van Camp, mais qui portent sur le même thème.

La **présidente**: Oui, elles valent pour une. Cela arrive parfois!

**25.05** Minister Maggie De Block: Er is iets misgegaan.

La **présidente**: Cela arrive de temps en temps!

**25.06** Minister **Maggie De Block**: De teksten zijn identiek, tot de punten en de komma's toe. Eigenlijk is het één vraag.

**25.07** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Bij mij niet. Het zijn twee verschillende vragen maar wel met dezelfde titel.

**25.08** Minister **Maggie De Block**: Dan is er iets misgegaan bij het doorsturen naar mijn diensten. Wij hebben immers twee keer dezelfde vraag gekregen.

**25.09** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Nee, toch niet. Het zijn twee andere vragen.

De **voorzitter**: Wij hebben ook twee keer dezelfde vraag.

**25.10** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dat is vreemd. Een vraag dateert van 14 november en de andere van 20 november. De ene vraag gaat over de transparantie van ereloonsupplementen en de andere over het openstellen van de data van het InterMutualistisch Agentschap.

La **présidente**: Je vous propose de poser vos questions ensemble. Ensuite, Mme la ministre vous répondra. Si vous n'avez pas obtenu toutes les informations, nous pourrons y revenir lors de la prochaine réunion. Au demeurant, nous avons les mêmes questions.

**26** **Samengevoegde vragen van**

- juffrouw **Yoleen Van Camp** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "de transparantie inzake de ereloonsupplementen" (nr. 21998)

- juffrouw **Yoleen Van Camp** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "de transparantie inzake de ereloonsupplementen" (nr. 22526)

**26** **Questions jointes de**

- Mlle **Yoleen Van Camp** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "la transparence en matière de suppléments d'honoraires" (n° 21998)

- Mlle **Yoleen Van Camp** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "la transparence en matière de suppléments d'honoraires" (n° 22526)

**26.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, er moet iets zijn misgegaan.

De eerste vraag gaat over de transparantie van ereloonsupplementen. Als fractie hebben wij al herhaaldelijk gevraagd om de transparantie ter zake te waarborgen. Vandaag lezen we daarover soms uitlatingen in de pers van de ziekenfondsen, die daarover wel de nodige gegevens hebben. Er duiken dan gegevens op die aantonen dat de Waalse en Brusselse ziekenhuizen dubbel zoveel ereloonsupplementen zouden aanrekenen als de Vlaamse. Ik heb daarover nog nooit cijfers gezien van overheidswege.

Mijn vraag is dan ook wat uw standpunt ter zake is. Vindt u ook dat de transparantie inzake ereloonsupplementen beter kan? Bent u van plan om dit door de overheid centraal te laten bijhouden? Wanneer en wat is op dat vlak gepland?

De tweede vraag gaat over het gebrek aan transparantie, en ik verwijs daarbij naar een van de manco's op het vlak van de ereloonsupplementen. In antwoord op mijn vraag nr. 1499 antwoordde u dat u werkt aan het openstellen van de gegevens van de ziekenfondsen, die onder andere gegevens over die supplementen bevatten. Deze gegevens zouden daardoor automatisch toegankelijk worden voor de overheid, zodat u er als beleidsverantwoordelijk minister over beschikt.

Mijn vraag was hoever het staat met de uitvoering van deze wet? Wanneer kunnen we concreet verwachten dat die gegevens van onder andere het InterMutualistisch Agentschap beschikbaar zijn voor de overheid en dit Parlement? Gaat het over alle data waarover de ziekenfondsen beschikken? Worden die data automatisch doorgekoppeld of wordt er een systeem opgericht om de data rechtstreeks vanuit de dossiers en documenten naar de overheid te centraliseren? Hoe moet ik mij dit praktisch voorstellen? Welke data zullen wanneer exact beschikbaar worden, zodat wij dit vanuit het Parlement kunnen opvolgen?

**26.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, zoals aangegeven in het antwoord op uw schriftelijke vraag nr. 1499, betreffende andere gegevens dan degene die op de ziekenhuisfactuur voorkomen, beschikken de verzekeringsinstellingen vandaag de dag niet op een systematische wijze over de informatie betreffende supplementen gefactureerd door de zorgverleners.

Zoals wij hadden aangegeven, zijn de onderhandelingen daarover lopende, maar er is nog geen tijdschema vastgelegd met betrekking tot de systematische communicatie van die supplementen.

Inzake de communicatie van gegevens waarover de verzekeringsinstellingen wel beschikken, heeft de wet van 11 augustus 2017 een artikel 9<sup>uater</sup> ingevoerd in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, dat voorziet in een toegang tot die gegevens voor het RIZIV. Dat is de wettelijke basis die wij toen aangenomen hebben.

In het kader van het regeerakkoord van 2014 en ingevolge de bestuursovereenkomst van het RIZIV 2016-2018 is voorzien in de installatie van een platform met alle gegevens van de verzekeringsinstellingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging. Een opdracht werd gegeven aan het InterMutualistisch Agentschap, als onderaannemer van de verzekeringsinstellingen, om die gegevensbank te verwezenlijken en op permanente wijze en via een beveiligde verbinding ook ter beschikking te stellen van het RIZIV.

Dat is de manier waarop wij zullen werken. Het RIZIV zal natuurlijk daarin gegevens kunnen opvragen en koppelen, maar er zal altijd getraceerd kunnen worden waarom het RIZIV die gegevens nodig heeft en wat er onderzocht wordt. Die toegang tot de gegevens voorziet in een toename van actiemogelijkheden voor het RIZIV en past ook in het kader van het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg.

De opgerichte mechanismes zijn uitgebreid beschreven in de memorie van toelichting voorafgaand aan het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, waarmee een artikel 9<sup>uater</sup> in de wet van 14 juli 1994 werd ingevoegd. U kunt ook teruggrijpen naar de besprekingen van de wet van 11 augustus 2017. In de memorie van toelichting staat meer gedetailleerd wat er kan gebeuren en hoe het kan gebeuren.

**26.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): De praktische uitvoering, en dus de oprichting van het platform, is dus nog bezig? Momenteel zijn de gegevens dus nog niet beschikbaar, maar er wordt aan gewerkt, met dat platform?

**26.04** Minister **Maggie De Block**: Het IMA moet dat platform creëren. Via de wettelijke basis kan het RIZIV van dat platform gegevens afhalen en kruisen.

**26.05** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dat zullen dan onder andere gegevens over de ereloonsupplementen zijn?

**26.06** Minister **Maggie De Block**: Wat is daar het probleem? Een supplement wordt onder de tafel genoemd. Dat is niet zichtbaar, maar dat wordt nog altijd gedaan. Wij vragen aan de patiënten om dat te rapporteren aan hun ziekenfonds om dat zo in kaart te kunnen brengen, maar als het onder de tafel blijft...

Men zou dezelfde vraag kunnen stellen bij zwart geld. Hoeveel zwart geld is er? Als mij iemand mij dat eens zou kunnen vertellen. Dat weten wij ook niet.

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

## **27** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Els Van Hoof** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekte van Lyme" (nr. 22188)
- de heer **Georges Dallemagne** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekte van Lyme" (nr. 22230)
- de heer **Daniel Senesael** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de follow-up van de resolutie inzake een multidisciplinaire aanpak van de ziekte van Lyme" (nr. 22629)
- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekte van Lyme en de andere door teken overgedragen ziekten" (nr. 22805)



- de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de resolutie inzake een multidisciplinaire aanpak van de ziekte van Lyme of Lymeborreliose" (nr. 23091)

- de heer Benoît Piedboeuf aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de maatregelen in het kader van de strijd tegen de ziekte van Lyme" (nr. 23530)

**27** Questions jointes de

- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maladie de Lyme" (n° 22188)

- M. Georges Dallemagne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maladie de Lyme" (n° 22230)

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi de la résolution relative à une approche pluridisciplinaire de la maladie de Lyme" (n° 22629)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maladie de Lyme et les autres maladies vectorielles transmises par les tiques" (n° 22805)

- M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi de la résolution relative à une approche pluridisciplinaire de la maladie de Lyme ou borreliose de Lyme" (n° 23091)

- M. Benoît Piedboeuf à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures dans le cadre de la lutte contre la maladie de Lyme" (n° 23530)

**27.01** **Els Van Hoof** (CD&V): Mevrouw de minister, op 26 mei 2016 werd in de plenaire vergadering de resolutie inzake een multidisciplinaire aanpak van de ziekte van Lyme unaniem goedgekeurd. Deze resolutie vraagt deze regering om zowel de bevolking als zorgverstrekkers nog meer te sensibiliseren over de ziekte van Lyme en de behandeling ervan, om de registratie van besmetting met de Borrelia-bacterie te verbeteren, de diagnose- en behandelingsrichtlijn bij te sturen, om samen met de Gemeenschappen en de Gewesten meer werk te maken van de preventie van de ziekte van Lyme en in te zetten op nog meer onderzoek en kennisoverdracht over de ziekte.

Mevrouw de minister, we zijn ondertussen meer dan een jaar later. Ik en vele andere collega's werden gecontacteerd door de vzw Lyme International om aandacht te vragen voor meer onderzoek, betrouwbare tests en doeltreffende behandelingen voor de ziekte van Lyme, elementen die allemaal vervat zijn in de resolutie van 26 mei 2016.

Daarom wil ik u de volgende vragen stellen.

Op welke manier hebt u opvolging aan deze resolutie gegeven? Werden de diagnose- en behandelingsrichtlijnen bijgestuurd op basis van nieuwe wetenschappelijke evidentie? Welke internationale initiatieven werden er door België genomen? Hoe haalbaar acht u de piste om op Benelux-niveau de inspanningen inzake de preventie van en het wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte van Lyme te optimaliseren?

**27.02** **Daniel Senesael** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, ce parlement a adopté le 26 mai 2016 une résolution relative à une approche pluridisciplinaire de la maladie de Lyme. Or, selon l'association Lyme-Int, qui œuvre pour les personnes atteintes par cette maladie afin d'améliorer la prévention, la recherche, la prise en charge des malades et le remboursement des traitements pour cette maladie complexe, rien n'a changé pour les malades depuis l'adoption de cette résolution.

Actuellement, il apparaît que le test ELISA n'est pas fiable, ce qui implique que des milliers de personnes ne sont pas diagnostiquées à temps et sont ainsi privées du traitement de base indispensable. Il y aurait dès lors urgence à trouver un test plus fiable et des traitements plus efficaces.

Madame la ministre, pouvez-vous nous communiquer la part du suivi qui a été accordé aux différentes demandes reprises dans la résolution dont j'ai fait mention? Quelles actions comptez-vous entreprendre afin qu'il y ait davantage de recherche sur cette maladie, un test de laboratoire fiable, un traitement efficace et, finalement, une meilleure prévention et prise en charge des malades?

Je vous remercie d'avance pour vos réponses et, pour m'éviter une heure d'attente pour le prochain train, je les lirai dans le compte rendu.

**27.03** **Benoît Piedboeuf** (MR): Madame la présidente, j'ai le temps de poser ma question avant de prendre

mon train et d'en écouter la réponse.

Madame la ministre, je suis particulièrement sensible à la problématique de la maladie de Lyme car, selon le rapport de 2016 de TiquesNet, c'est dans ma province que le nombre de morsures est le plus élevé, ce qui est normal puisque c'est là que se trouvent les forêts.

Dans le cadre de la résolution votée concernant cette maladie, je souhaite m'associer à mes collègues pour vous demander quelles mesures de la résolution ont été mises en œuvre, ou vont l'être. Le cas échéant, quels obstacles retardent-ils cette mise en œuvre? Pourriez-vous également nous faire part de la réponse que vous avez adressée à l'association Lyme-Int, une partie seulement de cette réponse figurant sur son site?

**27.04 Georges Dallemagne** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, chers collègues, des débats ont eu lieu sur la manière dont nous devons prendre en charge la maladie de Lyme. Nous avons constaté des divergences dans l'approche de la maladie au sein du monde scientifique et le manque de tests de diagnostic fiables. Une résolution a été adoptée par la Chambre des représentants, en mai 2016.

Madame la ministre, pourriez-vous faire un état des lieux de la mise en œuvre de cette résolution?

**27.05 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'aimerais poser la même question sur la mise en œuvre de la résolution adoptée en mai 2016. Je me souviens encore de l'audition des différents intervenants à cette occasion. Les références scientifiques étaient celles de la structure institutionnelle des États-Unis responsable des maladies infectieuses, l'Infectious Diseases Society of America (IDSA). À présent, l'International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS) semble l'emporter dans l'analyse scientifique des traitements appropriés pour la maladie de Lyme, et notamment dans l'évaluation des tests, dont le test ELISA, jugé insatisfaisant au niveau de la détection. Il donne parfois même des résultats positifs aux individus sans symptômes, qui ont une bonne immunité. Les recommandations actuelles préconisent l'analyse clinique et l'utilisation du test Western blot.

Pour la maladie de Lyme chronique, présente chez un nombre restreint de personnes, il est nécessaire de poursuivre le traitement à la dioxyciline plus que les trois semaines habituelles, jusqu'à deux mois, et de soigner les érythèmes pendant six semaines. Cette autre approche est liée à la chronicité de la maladie.

La prévention fait partie des compétences des entités fédérées, mais il existe le National Environmental Health Action Plan (NEHAP), un Plan national Environnement/Santé, à travers lequel, vous pourriez, avec les entités fédérées, prendre des initiatives pour viser l'élimination totale des tiques et favoriser l'emploi de répulsifs dans les zones à risques. Madame la ministre, comment ce dossier évolue-t-il au sein de cette cellule NEHAP?

Enfin, les avis scientifiques se multiplient. Des groupes de médecins se forment au Benelux, de même que des associations de patients, afin de travailler avec des experts. À l'instar de notre résolution, ils souhaitent le développement des recherches et le rassemblement des experts en ce domaine, avec des points de vue, des analyses et des orientations diverses. De cette manière, ils pourraient élaborer des recommandations consensuelles ou plurielles, mais qui exprimeraient du moins un accord relatif aux différentes thématiques de traitement et de détection.

Madame la ministre, où en êtes-vous? Quelle est votre position au sujet de la chronicité potentielle de la maladie de Lyme, produite par une infection due à une piqûre de tique?

**27.06 Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, je constate qu'un simple mail d'une organisation a provoqué le dépôt de six questions parlementaires. On peut vraiment parler d'efficacité!

La stratégie d'enregistrement "Health Data" n'est actuellement pas utilisée pour la surveillance de la borréliose de Lyme, étant donné que le système est encore en phase d'élaboration et qu'il n'est pas encore accessible à tous les médecins.

Le but n'est pas d'en rendre la surveillance exhaustive – ce qui signifierait une notification de tous les cas. Elle est poursuivie par les médecins du réseau de laboratoires Vigier, le Centre national de référence – qui est un consortium rassemblant l'UCL et l'UZ Leuven –, et le Résumé hospitalier minimum.

Il y est examiné s'il est possible de prévoir une surveillance complémentaire de la neuroborréliose, et ce dans le cadre d'une éventuelle demande de données émanant du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

Chaque année, l'ISP lance un communiqué de presse au sujet de TiquesNet afin d'encourager la population à participer à la surveillance des morsures de tiques. Les différents médias le reprennent. L'information est également transmise aux mouvements de jeunesse ainsi qu'aux personnes entrant souvent en contact avec la nature, comme l'Agentschap voor Natuur en Bos. Les nouveaux supports de communication développés dans le cadre de la prévention renvoient également à TiquesNet.

Les recommandations pour le diagnostic et le traitement de la borréliose de Lyme ont été revues fin 2016 en fonction de la littérature la plus récente. Elles sont disponibles sur le site du BAPCOC. Un résumé a été communiqué aux médecins généralistes dans le journal professionnel *Huisarts Nu* de juin 2017.

Récemment, les recommandations relatives à la prescription et à l'interprétation des tests sérologiques pour dépister la borréliose de Lyme ont été à nouveau évaluées par un groupe d'experts européens au sein de la European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases Study Group for Lyme Borreliosis. Leurs recommandations sont identiques à celles des experts du BAPCOC.

Des signes d'érythèmes migrants doivent être diagnostiqués de manière clinique et ne requièrent aucun test de laboratoire. Le diagnostic de la borréliose de Lyme requiert un examen du liquide cébro-spinal pour démontrer une production intrathécale d'anticorps. Le diagnostic des autres symptômes repose sur l'aspect clinique et la présence démontrée d'anticorps contre la bactérie *Borrelia Burgdorferi*.

Par ailleurs, vu sa faible valeur prédictive positive, le dépistage n'est pas recommandé chez des personnes présentant des symptômes subjectifs non spécifiques.

Il n'est pas non plus recommandé d'utiliser d'autres tests, comme Elispot-LTT, proposés par des laboratoires commerciaux, comme en Allemagne. Il a été conclu dans une étude bien réalisée récemment aux Pays-Bas, qui avait pour objectif d'examiner la nécessité du test Elispot dans le cadre du diagnostic de la neuroborréliose, que ce test ne permet pas de distinguer une ancienne infection d'une récente et qu'il arrive nettement moins à démontrer une maladie de Lyme active touchant le système nerveux que le dépistage d'anticorps. Une étude similaire est actuellement en cours pour d'autres manifestations de la borréliose de Lyme aux Pays-Bas.

Il est ressorti de données de l'INAMI que le nombre de tests sérologiques, les tests ELISA et Western blot, effectués en Belgique, a fortement augmenté ces dernières années, en particulier depuis 2014, impliquant bien entendu aussi une augmentation des coûts. L'INAMI prend les tests en charge pour le dépistage des anticorps et pour la confirmation, et ce respectivement depuis 1999 et 2008. Or, selon les résultats du Centre national de référence, une grande partie des demandes pour ce genre de tests ne répondent pas aux recommandations du BAPCOC. Dans 40 % des cas dont l'information clinique est disponible, il s'agit notamment d'un érythème migrant ou de symptômes non spécifiés, comme fatigue, douleur généralisée et autres. Il convient donc de diffuser davantage les recommandations et de bien informer les patients, qui souvent insistent eux-mêmes pour faire un test.

Les recommandations du BAPCOC relatives au traitement suivent celles d'autres pays européens. En ce qui concerne la durée du traitement, plusieurs études menées en double aveugle ont démontré que les antibiothérapies de longue durée sont néfastes et n'apportent pas un avantage proportionné en termes de qualité de vie (*New England Journal*, 2016).

Cependant, le traitement antibiotique normal de la maladie est remboursé dans la catégorie C des médicaments.

In tegenstelling tot wat naar voren wordt geschoven door bepaalde artsen en patiëntenverenigingen, is de meerderheid van de artsen en de wetenschappers het erover eens dat de term "chronische ziekte van Lyme" best niet meer gebruikt wordt. Dat staat ook zo in de BAPCOC-richtlijn, die ondertekend werd door verscheidene beroepsverenigingen die betrokken zijn bij de Lymeborreliose, zoals de Belgische Vereniging voor Infectiologie en Klinische Microbiologie, Domus Medica, de Belgian Royal Society for Rheumatology, de Vlaamse Vereniging voor Neurologie en de Belgian Society of Internal Medicine.

De preventie van ziekten is een bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten. In 2017 hebben zowel het Agentschap Zorg en Gezondheid als l'Agence pour une Vie de Qualité nieuwe informatie beschikbaar gesteld over het onderwerp Lymeborreliose en de tekenbeten, onder andere onder de vorm van een webpagina in Vlaanderen, tekenbeten.be, en flyers en een affiche in Wallonië. Bij de start van het volgende tekenseizoen, in de lente van dit jaar, plant het Agentschap Zorg en Gezondheid ook nog een grote informatiecampaagne via verschillende kanalen.

Wat onderzoek betreft, werden via TekenNet 1 500 teken verzameld na een beet op een mens. Deze teken worden in het RIVM onderzocht op de aanwezigheid van verschillende ziektekiemen, zoals *Borrelia burgdorferi*, *Anaplasma phagocytophilum*, *Borrelia miyamotoi*, *Rickettsia*, *Candidatus mikurensis* en *Babesia*. Ik heb veel microbiologie gehad, maar ik ken ze ook niet allemaal. De resultaten zullen ten laatste in de zomer op de website van TekenNet beschikbaar worden gesteld. Nog in 2018 plant het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid een retrospectieve studie naar het voorkomen van neuroborreliose in Vlaanderen voor de periode 2015-2017. Dat wordt ook gefinancierd door het Agentschap Zorg en Gezondheid. De studie zal ook peilen naar de wijze waarop de diagnose werd gesteld, welke behandeling werd opgestart en zal nagaan of een prospectieve surveillance van neuroborreliose mogelijk is.

Voorstellen voor onderzoek naar de bestrijding van teken in de omgeving, met focus op de tuin – TekenNet toont immers aan dat 44 % van de tekenbeten in de tuin wordt opgelopen – moeten worden gedaan door de werkgroep van het National Environmental Health Action Plan en het plan voor de preventie en de bestrijding van ziekten die door teken worden overgedragen in België.

Verder is er ook heel wat internationale samenwerking. Via het ECDC en via rechtstreekse, bilaterale contacten werken onze wetenschappers van het WIV-ISP en het Nationaal Referentiecentrum nauw samen met andere Europese landen. Deze samenwerking vindt onder andere plaats onder de vorm van studies, zoals het onderzoek op de teken. Er zijn ook expertenvergaderingen en er is een uitwisseling van informatie over de lopende studies en epidemiologische informatie.

Monsieur Piedboeuf, en ce qui concerne votre question concrète sur l'ASBL Lyme-Int, je peux vous confirmer que, comme les autres ministres de la Santé, j'ai reçu la lettre de sa représentante. Celle-ci concernait surtout l'explication concernant les directives de diagnostic et de traitement. La réponse a été envoyée le 5 décembre 2017.

**27.07 Els Van Hoof** (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord. Ik zal het antwoord nog eens nalezen om van alle details op de hoogte te zijn, maar ik meen dat ik op al mijn vragen een antwoord heb gekregen.

Er gebeuren nog heel wat studies. De inzichten of het al dan niet gaat om een chronische aandoening evolueren nog. Blijkbaar is het huidige standpunt, op basis van de richtlijnen van de verschillende organisaties, dat het geen chronische aandoening is, maar er komt ter zake nog heel wat wetenschappelijke evidentie aan. Het is goed dat wij die in het oog blijven houden.

**27.08 Georges Dallemagne** (cdH): Je vous remercie, madame la ministre, pour cette réponse très détaillée. Comme quoi, vous répondez de manière détaillée à l'ensemble des députés qui ont posé ces questions!

**27.09 Maggie De Block**, ministre: C'est un grand travail de toutes nos instances. Le WIV / ISP travaille ensemble en cette matière en collaboration avec l'Europe et d'autres. Il n'y a pas que chez nous qu'il y a des questions.

**27.10 Georges Dallemagne** (cdH): Cela valait la peine de faire le point sur cette résolution pratiquement un an et demi après. J'ai bien noté qu'il y avait une évolution de l'épidémiologie, de la stratégie. Qu'il y a toute une série de questions pour lesquelles nous avons des réponses et d'autres sur lesquelles les recherches continuent. Cela mérite effectivement de poursuivre cet effort. Vous avez des propos qui peuvent en partie être rassurants et d'autres qui demanderont qu'on revienne de temps en temps sur cette question qui continue à inquiéter une partie de la population.

**27.11 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée que je relirai également.

Il y a deux éléments qui me perturbent encore après votre réponse. Le premier, c'est que lorsque nous avons entendu les médecins et les experts au moment de la résolution, ils reconnaissaient qu'une partie des personnes développaient une maladie de longue durée avec toute une série de symptômes variés, diffus et changeant dans le temps. Pour ces patients-là, ils ne savaient finalement pas très bien que faire. La seule chose, c'est qu'ils ne voulaient pas leur faire consommer des antibiotiques. À l'époque, on parlait d'ailleurs d'antibiotiques pendant un an alors qu'ici, on revient à deux mois dans les pratiques suggérées.

J'ai donc vraiment le sentiment, en rencontrant régulièrement des personnes atteintes de cette maladie, qu'elles ne sont pas suffisamment prises en compte. Pour certains, le traitement se résume à la douche chaude. Il y a toute une série d'éléments que je voudrais vraiment qu'on puisse travailler avec ces patients et avec des professionnels, des chercheurs et des experts qui ont des a priori et des méthodes différentes. On sentait bien au moment des auditions qu'il y avait vraiment une opposition, quasiment une haine, entre les représentants des différents courants quant à l'approche de cette maladie, dans son diagnostic et dans sa pratique.

Je me permets d'insister sur la nécessité de mettre en place quelque chose qui permettrait de sortir de ce problème par le haut et d'accompagner cette minorité de personnes qui développent des symptômes de longue durée, douloureux et invalidants. Si on ne le fait pas, une partie de ces personnes quitteront leur emploi parce qu'elles ne peuvent plus exécuter leurs tâches. C'est une vraie question de santé publique et d'efficacité.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: La question n° 22243 de M. Hedeboew est transformée en question écrite. Les autres questions sont reportées.

*La réunion publique de commission est levée à 17.09 heures.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.09 uur.*