

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

DINSDAG 5 JULI 2016

Namiddag

---

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

du

MARDI 5 JUILLET 2016

Après-midi

---

La réunion publique de commission est ouverte à 14.18 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens. De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.18 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Chers collègues, nous avons beaucoup de questions à l'agenda. Je vous demanderai donc d'être précis et concis.

**01** Question de M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des hypnothérapeutes" (n° 10967)

**01** Vraag van de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van de hypnotherapeuten" (nr. 10967)

**01.01** Philippe Blanchart (PS): Vous pouvez compter sur ma précision et une légère amplitude, madame la présidente.

Madame la ministre, depuis ces dernières années, différentes études ont mis en évidence l'intérêt de l'hypnose dans de nombreuses situations cliniques, telles que la prise en charge de la douleur, le traitement des phobies, la dépression ou d'autres problèmes de santé où les processus psychosomatiques jouent un rôle important.

De plus, la technique d'hypnosédation est également de plus en plus utilisée. Cette technique d'anesthésie combine l'hypnose, de très faibles quantités d'antidouleurs et une anesthésie locale du site opératoire. Évitant au patient l'anesthésie générale, elle lui permet une récupération postopératoire plus rapide.

Actuellement, il semble que la profession d'hypnothérapeute ne soit pas protégée et que son accès ne soit pas encadré légalement. Il est donc possible pour n'importe qui de s'autoproclamer hypnothérapeute, comme en témoignent de simples recherches sur le web.

Nous pouvons donc craindre des dérives qui peuvent être dommageables aux patients. En effet, en l'absence d'un bagage solide pour la prise en charge de ceux-ci, l'hypnothérapie, si elle est mal utilisée, pourrait provoquer des dommages psychologiques.

Madame la ministre, quel regard portez-vous sur l'hypnothérapie? Des études récentes ont-elles été menées concernant cette pratique? Que ressort-il de ces études?

Pourriez-vous nous dire ce qu'il en est de cette profession actuellement en termes de réglementation?

Vu le développement de cette pratique, ne serait-il pas nécessaire de l'encadrer à la manière de ce qui a été fait sous la précédente législature pour les psychothérapeutes?

**01.02** Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Blanchart, je vous remercie pour cette question concernant les hypnothérapeutes.

Ni l'hypnose, ni l'hypnosédation ne sont une discipline médicale ou de santé au sens de notre législation relative à l'exercice des professions de santé, comme, par exemple, la loi du 10 mai 2015. Ces dernières années, aucun organe consultatif créé dans le cadre de cette loi n'a émis d'avis à ce sujet.

Il n'existe aucune évidence scientifique pour ce type de soins, ni pour les actes éventuels y afférents.

Je souhaite souligner que l'hypnose et l'hypnosédation ne sont pas prévues par la loi du 4 avril 2014 relative aux professions de soins de santé mentale et que je n'ai nullement l'intention d'adapter cette loi de la manière que vous suggérez.

Je vous signale également que, ainsi que je l'ai déjà dit, étant donné qu'il n'existe aucun fondement scientifique pour cette pratique, un médecin qui applique cette technique ne peut pas invoquer la liberté thérapeutique et diagnostique. Dans le cas où un professionnel de soins de santé appliquerait ce type de technique, il doit alors respecter les principes de la loi relative aux droits du patient et en tenir compte dans son approche envers ce dernier. Cela implique au moins, en partant de son devoir général de sollicitude, qu'il se doit d'indiquer l'absence de toute preuve scientifique au patient et de lui faire savoir clairement que cela ne fait nullement partie du domaine des soins de santé.

**01.03 Philippe Blanchart (PS):** Je vous remercie, madame la ministre, pour cette réponse très claire.

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

**02 Vraag van mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "fouten in ziekenhuisfacturen" (nr. 11213)**

**02 Question de Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des erreurs dans des factures d'hôpital" (n° 11213)**

**02.01 Monica De Coninck (sp.a):** Mevrouw de minister, mijn vraag dateert van eind april.

De Socialistische Mutualiteiten deden een oproep om de facturen van artsen, ziekenhuizen en tandartsen kritischer te bekijken. In 2015 recupereerde het ziekenfonds maar liefst 400 000 euro na fouten. Dat is een aanzienlijk bedrag.

De meest voorkomende fout is die van de verjaarde facturen. Terwijl de kosten voor medische verzorging vervallen na twee jaar, sturen ziekenhuizen toch nog vaak facturen op die verjaard zijn. De patiënt betaalt, omdat hij of zij niet op de hoogte is van die regel. Nochtans heeft de patiënt steeds recht op die informatie.

Een andere reden waarom er vaak verkeerd wordt gefactureerd, is omdat de tarieven voor ingrepen niet duidelijk zijn. Er zijn heel wat gelijkaardige ingrepen met verschillende tarieven, waardoor er veel verwarring ontstaat.

Zorgnet zou dit jaar inspanningen leveren om de lijst van de ziekteverzekering te verkorten en dus eenvoudiger te maken.

Welke initiatieven zijn er genomen om het probleem van de verjaarde facturen aan te pakken?

Wordt er werk gemaakt van een betere communicatie met de patiënt over de verwachte kosten voor een medische ingreep?

Bent u bereid om de tarieven voor ingrepen eenvoudiger en duidelijker te maken? Komt daarover een overleg met Zorgnet?

**02.02 Minister Maggie De Block:** U verwijst naar de verjaring overeenkomstig artikel 2277bis van het Burgerlijk Wetboek. De rechtsvordering van verzorgingsverstrekkers met betrekking tot de door hen geleverde geneeskundige verstrekkingen, diensten en goederen, daar inbegrepen de vordering wegens bijkomende kosten, verjaart ten aanzien van de patiënt door verloop van een termijn van twee jaar te rekenen vanaf het einde van de maand waarin deze zijn verstrekt. Deze bepaling is van toepassing op

geneeskundige verstrekkingen, diensten, goederen en bijkomende kosten die door de verplegings- en verzorgingsinstellingen of door derden werden geleverd of gefactureerd.

Ook een verjaarde factuur kan nog steeds geldig worden betaald als uitvoering van een natuurlijke verbintenis. Voorts kunnen er in sommige omstandigheden aanneembare redenen zijn waarom een factuur laattijdig wordt afgeleverd, met name wanneer er bijvoorbeeld een probleem is met de verzekeraar van de patiënt of wanneer facturen moeten worden herzien wegens een nieuwe regelgeving, die al dan niet retroactief in werking treedt.

Daarenboven is vanuit het oogpunt van de handhaving niet de termijn inzake de burgerlijke verjaring van belang, maar wel de veel kortere termijn voor de uitreiking van dergelijke facturen, ingeschreven in de verplichte ziekteverzekering. Artikel 53 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bepaalt dat de zorgverlener die documenten of gegevens zodra mogelijk en uiterlijk binnen een door de Koning vastgestelde termijn, moet overhandigen of verzenden. Een administratieve geldboete van 25 tot 250 euro wordt opgelegd voor elke inbreuk van de zorgverlener op die verplichting.

Artikel 1, eerste lid van het koninklijk besluit van 19 mei 1995 tot uitvoering van de artikelen 53 en 168 bepaalt dat getuigschriften voor verstrekte hulp of gelijkwaardige documenten dienen te worden uitgereikt binnen een termijn van twee maanden volgend op het einde van de maand waarin de verstrekkingen werden verleend. Met toepassing van de procedure beschreven in voormeld KB, is de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV bevoegd om vaststellingen te doen en sancties op te leggen wanneer de termijn van twee maanden niet wordt gerespecteerd. Volgens het jaarverslag 2014 van de Dienst voor administratieve controle werden in dat jaar vijftien boetes opgelegd aan zorgverleners voor een totaalbedrag van 16 850 euro voor het laattijdig afleveren van documenten.

Er zijn al heel wat maatregelen genomen om meer transparantie te creëren over de financiële implicaties van een ziekenhuisopname en om de leesbaarheid van de ziekenhuisfactuur te verbeteren. Zo moet het ziekenhuis onder andere een opnameverklaring aan de patiënt voorleggen, een lijst met de kostprijs van diverse goederen en leveringen ter beschikking stellen en een centraal aanspreekpunt organiseren om vragen van patiënten met betrekking tot de factuur te beantwoorden.

Uiteraard geeft dat alles slechts een indicatie van de verwachte kostprijs. Sommigen menen dat de invoering van een bestek een oplossing kan bieden, maar anderen zeggen dat daar ook praktische bezwaren tegen zijn. Dat gezegd zijnde, heb ik weet van initiatieven van sommige verzekeringsinstellingen en ziekenhuizen om patiënten te informeren over de te verwachten kostprijs van bepaalde ingrepen. De verzekeringsinstellingen doen dat aan de hand van informatie a posteriori, ziekenhuizen naar aanleiding van preoperatieve onderzoeken.

Tot slot ben ik altijd bereid om een vereenvoudiging te steunen, maar de tariefbesprekingen gebeuren in de context van het overlegmodel en zullen dus daar ter sprake moeten komen. Ook in het kader van de herziening van de ziekenhuisfinanciering is er een continu overleg met de ziekenhuiskoepels, waar aan Vlaamse zijde Zorgnet-Icuro nu eigenlijk alleen is.

**02.03** **Monica De Coninck** (sp.a): Met dat laatste punt ga ik akkoord.

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

**03** **Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 11390)**

**03** **Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 11390)**

**03.01** **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wij hebben er al verschillende keren over gesproken dat de opleiding geneeskunde van zeven naar zes jaar wordt verkort, wat leidt tot een dubbele cohorte in 2018. Wij weten dat deze eenmalige, bijzondere situatie een aantal specifieke problemen met zich zal brengen, in de eerste plaats inzake voldoende en kwaliteitsvolle stageplaatsen.

In eerdere antwoorden daaromtrent verwees u naar een aparte commissie die opgericht werd en die een plan van aanpak voor die complexe problematiek uitwerkt in overleg met de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen. Dat plan zou ook bij alle betrokkenen worden afgetoetst. U verwees onder meer ook naar een gericht onderzoek naar de situering van niet-aangevraagde of niet-benutte stageplaatsen.

Naast de problematiek die in 2018 zal rijzen, biedt dit volgens mij ook een opportuniteit, wellicht met betrekking tot specialiteiten waarvoor het aantal kandidaten momenteel te laag is.

Mevrouw de minister, wat is de stand van zaken van dat plan van aanpak en van het werk van die aparte commissie? Zijn er reeds concrete voorstellen? Zo ja, kunt u die al toelichten?

Is er al overleg geweest met de betrokkenen? Wat is het resultaat ervan?

Hoe staat het met het onderzoek naar de stageplaatsen?

**03.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Peel, de verkorting van de studieduur geneeskunde tot zes jaar geeft inderdaad aanleiding tot een dubbele cohorte afgestudeerden. Dat is een eenmalig gebeuren dat zich over de duurtijd van de professionele stage van de afstuderende artsen uitstrekt, dus variërend van drie tot zes jaar opleiding, waarin er dus voor één jaar een dubbele cohorte is.

De toename en ook de overschrijding van de contingenten, enerzijds, en de verlenging van de professionele vorming tot erkend huisarts tot drie jaar, anderzijds, zijn bijkomende elementen waarmee wij rekening moeten houden. De huisarts in opleiding zal ook zes maanden ziekenhuisstage moeten lopen.

De analyses die de voorspelde vraag naar stageplaatsen vergelijken met het voorspelde of mogelijke aanbod worden verder verfijnd en geactualiseerd. Een en ander is immers continu in evolutie. Het aantal aanvragen voor en erkenningen van stageplaatsen is in stijgende lijn. Momenteel raakt voor heel wat disciplines het aantal erkende stageplaatsen niet volledig ingevuld, wat impliceert dat er momenteel een onderbenutting is van de bestaande capaciteit. Parameters voor het detecteren van potentiële stageplaatsen worden nader onderzocht. Met name het volume en de variatie aan pathologieën in de ziekenhuizen, de aanwezige medische staf en de opleidingservaring zijn uiteraard uiterst relevant. Op basis van de prevalentie pathologieën, met alle nodige nuances gezien de inherente beperkingen en nodige vereenvoudigingen van zulke analyses, wordt onderzocht welke reserve aan verantwoorde maar nog niet aangevraagde stageplaatsen er bestaat.

Andere aandachtspunten zijn de volgende. Ten eerste, voor alles moet de kwaliteit van de professionele vorming steeds gegarandeerd blijven. Met andere woorden, de erkenning van nieuwe stagediensten dient te gebeuren conform de bestaande kwaliteitseisen, zoals in de verordende reglementering is bepaald. Ten tweede, de stagemeesters en –diensten kunnen gemotiveerd worden voor een betere invulling van de capaciteit, maar uiteindelijk zijn zij het steeds die daarover beslissen, rekening houdend met de lokale mogelijkheden voor een kwalitatieve begeleiding.

Teneinde een en ander te faciliteren op het terrein voorzag ik in een nieuw budget van 10 miljoen euro voor het vergoeden van stagemeesters in niet-universitaire ziekenhuizen, aangezien daar tot nu toe elke financiële steun voor opleiding ontbrak, dit in tegenstelling tot de universitaire ziekenhuizen en de professionele vorming van huisartsen, waarvoor reeds een financieringsmechanisme bestaat. Er worden diverse initiatieven genomen tot aanpassing van de algemene erkenningscriteria voor artsen-specialisten, de stagemeesters en –diensten. Dit zou ook faciliterend moeten werken. Het huidige ministerieel besluit van 23 april 2014 voorziet reeds in mogelijkheden voor meer wetenschappelijk onderzoek, meer extramurale stages en buitenlandse ervaring tijdens de professionele vorming.

Op mijn vraag gaf de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen onder meer het advies tot versoepeling van de anciënniteitsvoorwaarden voor de stagemeesters en de stafleden. Momenteel geldt een minimale anciënniteit van acht jaar voor de stagemeesters. Mochten wij die termijn een beetje verlagen, dan zouden er waarschijnlijk meer in aanmerking komen. Die vraag werd gesteld.

Ondersteunende maatregelen, zoals het vormen van extra stagemeesters en het stageteam, worden eveneens onderzocht.

Ten slotte kan ik u meedelen dat de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen zeer betrokken is in dit dossier en dat ik ook reeds verschillende contacten heb gehad met de vertegenwoordigers van de studenten in de geneeskunde.

Al bij al is dit een groot werk. Ik denk dat wij niet op één vlak maatregelen moeten nemen, maar op verschillende vlakken. Wij hebben immers twee problemen. Eerst hebben wij een jaar met een dubbele cohorte en die schuiven door, maar het jaar daarna zijn er geen. Wij moeten fluctuaties op de stagediensten vermijden en inventief zijn. De enen zullen misschien eerst aan research moeten doen, de anderen daarna. Zo kunnen wij toch voor een continuïteit op de stagediensten zorgen. Iedereen spreekt over de dubbele cohorte, maar daarna komt er toch ook nog iets belangrijks.

**03.03 Valerie Van Peel (N-VA):** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb u heel wat zaken horen vermelden die iets kunnen bijdragen. Het is een heel goede zaak dat in een budget van 10 miljoen euro is voorzien voor de niet-universitaire ziekenhuizen. Er zit een logica in dat de stages aldaar nu ook worden ondersteund. De versoepeling van de anciënniteitsvoorwaarde is zeker ook een piste, al moet het evenwicht tussen kwaliteit en de juiste, goede begeleiding bewaard blijven. Ik neem aan dat dit mee wordt onderzocht. U hebt ook buitenlandse stages vermeld, wat wij in het verleden ook al hebben aangebracht.

Ik hoor zeker goede zaken. Ik neem aan dat de commissie waarover u sprak, nog loopt. De vraag blijft: zijn wij er of zijn wij er nog niet? De commissie kan zich buigen over het concretiseren van de voorstellen of het actualiseren van de nood. Zij kan die berekening verder maken voor de toekomst.

**03.04 Minister Maggie De Block:** Nu de stageplaatsen opnieuw ingevuld worden, zullen wij een beter beeld hebben. Dat moet constant bijgesteld worden, zodat wij op het moment zelf weten hoeveel er afstuderen en waar zij naartoe gaan, welke stageplaatsen opgevuld worden en waar er nog mogelijkheden zijn.

Dat hangt van twee zaken af. Enerzijds is er de keuze van de afgestudeerden. Wij weten, bijvoorbeeld, dat de plaatsen op geriatrie niet ingevuld geraken. En er zijn nog disciplines die niet ingevuld geraken; men gaat daar immers niet tegen zijn zin naartoe. Anderzijds moet de stagemeeester bepalen of de kwaliteit van de student volstaat. Het komt nu al voor dat sommige plaatsen niet zomaar worden ingevuld omdat men een zekere bekwaamheid verwacht. Het is de stagemeeester die dat met al zijn expertise moet bepalen. Wij kunnen hem niet verplichten bepaalde plaatsen in te vullen.

**03.05 Valerie Van Peel (N-VA):** Mevrouw de minister, nogmaals bedankt voor de uitleg. Zoals u terecht schetst, bestaan er vandaag al spanningsvelden, zelfs zonder de dubbele cohorte. Het zal inderdaad zaak zijn dat jaar, en het jaar nadien, de situatie goed in het oog te houden en ervoor te zorgen dat de studenten dezelfde kansen krijgen. Zij mogen geen nadeel ondervinden van het feit dat de opleiding verkort wordt.

**03.06 Minister Maggie De Block:** Voor sommige opleidingen zijn er nu al meer kandidaten dan stageplaatsen. Voor populaire richtingen als pediatrie, gynaecologie en interne geneeskunde zijn er altijd veel meer kandidaten en wordt de selectie gedaan door de stagemeeester, die een volgorde bepaalt. Men kan ook niet noodzakelijk beginnen aan de universiteit waar men is afgestudeerd. Dat is nu al een feit.

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

#### **04 Questions jointes de**

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge de l'insuffisance cardiaque" (n° 11448)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque" (n° 12896)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'insuffisance cardiaque" (n° 12897)

#### **04 Samengevoegde vragen van**

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling en terugbetaling van hartinsufficiëntie" (nr. 11448)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging

**van patiënten met hartfalen" (nr. 12896)**

**- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hartfalen" (nr. 12897)**

La **présidente**: Je pense que Mme Fonck sera absente aujourd'hui.

**04.01 André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, l'insuffisance cardiaque est, comme vous le savez, une maladie chronique grave et évolutive provoquée par l'incapacité du cœur à assurer sa fonction de pompe. À l'occasion des journées européennes de l'insuffisance cardiaque, différentes associations ont tenu à rappeler, lors d'une rencontre à laquelle j'ai participé il y a quelques semaines au sein de ce parlement, que plus de 200 000 Belges souffrent aujourd'hui de cette maladie et que 15 000 nouveaux cas sont détectés chaque année, soit près d'une quarantaine de nouveaux cas par jour.

Comme son incidence augmente avec l'âge, le vieillissement de notre population aura un impact important sur ces chiffres qui seront sans aucun doute en augmentation dans les années à venir. Il s'agit donc clairement d'un problème de santé publique qu'il convient de prendre en charge de la meilleure manière qui soit, tant pour les patients que pour le budget des soins de santé.

De plus, malgré la prévalence de cette pathologie, il est par ailleurs significatif de souligner le niveau de connaissance très faible du grand public sur l'insuffisance cardiaque. En effet, seul un Belge sur quatre sait et comprend aujourd'hui ce qu'est l'insuffisance cardiaque et un Belge sur dix ne sait citer aucun facteur de risque.

Lors de la rencontre à laquelle j'ai participé, les intervenants ont pointé différents éléments devant faire l'objet de notre attention: la prévention et la détection précoce de l'insuffisance cardiaque, sa prise en charge pluridisciplinaire, mais également l'éducation du patient et de sa famille, ainsi que la formation de tous les professionnels de la santé concernés.

Madame la ministre, estimez-vous également que le problème de l'insuffisance cardiaque ne fera que s'accroître dans les prochaines années? Le considérez-vous comme un réel problème de santé publique? Des études ont-elles été menées récemment dans notre pays sur cette problématique? Envisagez-vous de prendre des initiatives concrètes afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque, mais aussi afin d'améliorer l'accessibilité financière aux soins dans ce cadre? Si oui, pouvez-vous nous les détailler?

**04.02 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je fais le même constat et je pose les mêmes questions que M. Frédéric. Je ne vais pas les répéter. Néanmoins, j'ai un peu investigué pour mieux comprendre ces réalités et pouvoir compléter les questions.

Mes questions complémentaires sont notamment relatives aux services de cardiologie dans les hôpitaux. Dans les trois Régions, des unités de suivi infirmier ont été mises en place pour accompagner ces patients dans les modifications essentielles qu'ils doivent apporter à leur mode de vie et pour améliorer le suivi de leur traitement. Celui-ci est assez logiquement vécu comme lourd, puisqu'il y a plusieurs médicaments par jour, des visites hebdomadaires ou mensuelles chez leur médecin généraliste, des visites chez le cardiologue, etc., et l'activité physique, donc tout ce qui leur incombe.

Or la méconnaissance des symptômes de cette maladie et de son impact sur la vie quotidienne est telle que la prise en charge du patient est rendue compliquée.

D'après mes informations, plus de 50 % des hospitalisations pourraient être évitées à l'aide d'une meilleure planification des sorties d'hôpital et grâce à un suivi approprié des patients. Quelles mesures comptez-vous prendre à cet égard?

Le soutien des centres de suivi post-hospitalisation et de collaboration structurée et multidisciplinaire avec les acteurs des soins de première ligne est capital. Cette dimension est-elle intégrée au programme des travaux en cours sur le financement des hôpitaux et/ou du traitement des maladies chroniques?

La Société européenne de cardiologie a émis des recommandations de niveau A. Cela signifie qu'elles devraient être automatiquement transposées par les États membres. Or il semble que ce ne soit pas le cas en Belgique.

Une association de patients s'est constituée et a demandé à vous rencontrer voici un an, mais elle n'a pas encore reçu de réponse. Pour quelle raison? Est-ce une impossibilité en termes d'agenda?

**04.03 Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, madame Gerkens, comme vous le soulignez, le vieillissement de notre population aura un impact important sur les chiffres de prévalence de l'insuffisance cardiaque, qui augmenteront sans aucun doute dans les années à venir.

Les maladies cardio-vasculaires se situent déjà parmi les maladies chroniques les plus fréquentes dans notre pays, tout comme dans la plupart des pays industrialisés.

Vous n'êtes pas sans savoir que le vaste plan visant à une prise en charge intégrée des personnes souffrant d'affections chroniques se met progressivement en place depuis le début de cette année.

Les dimensions de prévention et de détection précoce, de prise en charge pluridisciplinaire, l'éducation du patient et de sa famille, la formation des professionnels de la santé que vous citez figurent parmi les différentes composantes identifiées comme nécessaires au développement d'une prise en charge intégrée de ces personnes.

Elles ne sont cependant pas spécifiques à la problématique de l'insuffisance cardiaque, mais sont, pour la plupart, essentielles dans la prise en charge de toute situation d'affection chronique. C'est pourquoi le plan cité ci-dessus veut se départir d'une approche trop centrée sur la pathologie et insuffler auprès des professionnels de la santé, mais également des patients, de leur entourage et de la population dans son ensemble, une autre manière de voir et de penser notre système de santé.

Il ne s'agit pas de se limiter à traiter une pathologie, mais d'agir ensemble pour améliorer la qualité de vie des patients, pour garder au maximum une population en bonne santé. Dans ce contexte, l'accessibilité financière aux soins occupe évidemment une place importante. Mais on ne peut pas perdre de vue non plus les facteurs sociologiques, économiques et culturels, qui sont susceptibles de limiter l'accès ou le recours aux soins, que ceux-ci soient préventifs ou curatifs.

Les seize premières propositions du projet-pilote qui visent à développer cette nouvelle approche ont été annoncées fin juin 2015. Elles ont été examinées notamment sous l'angle de leur capacité à répondre aux besoins de prévention et de détection précoce, de prise en charge pluridisciplinaire, d'éducation du patient et de sa famille, etc. Nous prenons dès à présent un maximum de mesures de soutien pour accompagner ces projets et les mener à bien.

Grâce à ceux-ci, nous espérons être à l'initiative du changement d'approche que vous suggérez. En outre, la Conférence interministérielle du 21 mars 2016 a conclu un protocole d'accord concernant la prévention. Parmi les thématiques reprises dans cet accord, on retrouve la lutte contre le tabagisme, l'alcool et la nutrition malsaine, causes primordiales de l'insuffisance cardiaque. Les groupes de travail thématiques commencent en septembre 2016.

Il est impossible pour mes services d'avoir des contacts directs avec chacune des associations des patients en Belgique. On estime qu'il y a environ 650 organisations connues différentes. Il y en a d'autres et, chaque mois, de nouvelles organisations sont formées.

Des rencontres avec le cabinet ont bien eu lieu plusieurs fois dans le trajet du développement de la politique concernant les soins intégrés en faveur des malades chroniques mais elles ont été organisées par les associations LUSS et Vlaams Patiëntenplatform. Elles sont consultées sur base régulière à chaque étape. Par ailleurs, les associations de patients chroniques comme ceux souffrant d'insuffisance cardiaque peuvent toujours participer au projet-pilote de soins intégrés.

Quant aux recommandations européennes, celles-ci ont évidemment été à la base du type de projet qu'on a développé pour le traitement des malades chroniques. Tous les ministres concernés ont proposé le trajet intégré. Il y avait MM. Prévot, Gosuin, Vandeurzen et moi-même, ainsi que de nombreux membres des entités fédérées et du fédéral. C'est très important vu le vieillissement de notre population.

**04.04 André Frédéric** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Peut-être ne les avez-vous pas reçus mais ils ont eu l'occasion d'organiser un colloque au parlement. Nous les avons

d'ailleurs aidés. Alors que tous les parlementaires étaient invités, nous étions deux à être présents mais ce n'est pas grave. L'important, c'est que le message passe. Je pense que vous êtes sur la bonne voie et je vous invite à continuer à y être extrêmement attentive. Je me permets d'insister sur un élément. Lors de cette conférence, tous les praticiens nous ont fait part de la méconnaissance du grand public de ce problème d'insuffisance cardiaque.

Ils ont vraiment insisté sur la nécessité de mettre en œuvre des programmes en la matière, même si cette responsabilité est partagée entre tous les niveaux de pouvoir. En tout cas, il est nécessaire de sensibiliser les intéressés parce qu'il arrive souvent que l'on passe à côté des soins adéquats en raison de la méconnaissance du problème.

Cela dit, je ne vous cache pas que je n'ai pas votre formation médicale. Je ne suis qu'un simple instituteur de formation. Mais j'ai découvert l'importance du problème et le nombre de personnes concernées dans ce pays lors de ce colloque.

Selon moi, si des efforts doivent encore être consentis, c'est en matière d'information.

**04.05 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai eu l'occasion d'avoir des contacts avec les patients, les médecins et les infirmiers. J'ai été frappée de constater que ces derniers relèvent aussi cette méconnaissance du problème et les conséquences sur la vie des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque qui ont besoin de repos, qui éprouvent des difficultés en termes de rythme. Autrement dit, il est question ici de toute une série d'aspects de la vie quotidienne de ces personnes.

Lors des contacts précités, l'accent a également été mis sur la prévention. Il est, en effet, capital de disposer de mesures et de politiques qui permettent d'éviter certains problèmes. Mais quand une personne a eu un accident et qu'elle se retrouve en situation d'insuffisance cardiaque, il est également nécessaire qu'elle puisse bénéficier d'un accompagnement en lien avec la première ligne. Bien entendu, cela s'inscrit dans une prise en charge intégrée.

Toujours est-il que cette maladie est peu connue et que les intéressés demandent une plus grande implication et une plus grande mobilisation autour du patient parce que ce qui arrive à ce dernier est difficile à supporter. La mise à disposition d'infirmiers et d'infirmières en lien avec les médecins généralistes et les services spécialisés devrait donc être renforcée et revalorisée.

L'existence de plates-formes et de nombreuses associations de patients est une bonne chose. Néanmoins, ces dernières devraient, lorsqu'il est question de maladies qui sont mal connues, pouvoir bénéficier de contacts privilégiés pour pouvoir s'intégrer dans des dynamiques plus collectives et plus organisées. Autrement dit, ces associations devraient pouvoir disposer de capacités en termes d'intervention ou d'accueil un peu plus spécifiques.

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

**04.06 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik had ook een vraag over hartfalen; het is vreemd dat die hieraan niet werd toegevoegd.

La **présidente**: Moi je ne l'ai pas dans la liste des questions. Vous auriez dû attirer mon attention, me le signaler avant. Vous l'avez déposée tardivement?

**04.07 Yoleen Van Camp** (N-VA): Nee, die vraag stond op de agenda van de vorige vergadering, maar mijn medewerker zegt dat ze normaal gezien vorige week aan bod had moeten komen en dat ze werd omgezet in een schriftelijke vraag. Ik heb echter nog steeds geen antwoord op die vraag over de definitie van hartfalen ontvangen. Ik wacht dus nog steeds op het antwoord. Het is niet de bedoeling dat ze alsnog gesteld wordt, toch?

La **présidente**: Si elle a été transformée en question écrite depuis la semaine passée, en principe, la réponse devrait arriver.

**04.08 Maggie De Block**, ministre: Quand une question est transformée, il faut à nouveau demander la

traduction. Si c'est une question écrite, il faut les introduire dans les deux langues.

Voor de publicatie in het *Bulletin van vragen en antwoorden* moeten wij ze ook in het Frans vertaald indienen. Stelt u mij daarentegen een vraag, dan antwoord ik enkel in het Nederlands. Het antwoord is dan klaar. Bij een schriftelijke vraag moeten wij het antwoord echter bij de diensten indienen en moet uw vraag nog eens helemaal in het Frans vertaald worden.

**04.09 Yoleen Van Camp (N-VA):** Kan het lid dan het antwoord al in de eigen taal meekrijgen?

**04.10 Minister Maggie De Block:** Dat gaat via het secretariaat. Normaal sturen wij ze gelijktijdig op.

**04.11 Yoleen Van Camp (N-VA):** Op de omgezette vragen van de commissievergadering van 21 juni 2016, bijvoorbeeld, heeft niemand van de commissieleden al een antwoord gekregen.

**04.12 Minister Maggie De Block:** Dat ging om heel laattijdig ingediende vragen. De antwoorden zijn ondertussen allemaal vertrokken. Wij hebben ze echter de dag zelf niet meer kunnen laten vertrekken. Zij zijn bij ons weg.

**04.13 Yoleen Van Camp (N-VA):** Zij zijn bij u dus al vertrokken. Ik vraag mij dan af waar ze zijn. De diensten melden immers dat zij nog niks hebben ontvangen.

La **présidente**: Elles sont à la traduction.

**04.14 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, mijn administratie is een van de meest bevroegde administraties. Mijn medewerkers doen wat ze kunnen. Vanaf nu zijn er echter wel medewerkers met vakantie en moeten anderen voor hen invallen.

Wij staan constant onder druk van de administraties en de directeurs, die ons melden dat zij er een bepaald aantal personeelsleden voor moeten inzetten. Dat is het recht van de Parlementsleden. Wij staan ter zake op onze strepen. Echter, wij vragen enig begrip voor vakanties, voor ziektegevallen en voor administraties die overbelast worden door hervormingen, besparingen en in mijn geval door parlementaire vragen die in aantal du jamais vu zijn.

La **présidente**: Normalement, cela va plus vite que cette fois-ci mais voilà, il y a aussi des encombrements à certains moments et donc, depuis ce matin, on essaie de voir où certaines questions sont passées. Elle n'a pas été inscrite à l'ordre du jour d'aujourd'hui parce qu'elle a été transformée en question écrite lors de la dernière réunion.

**05 Interpellation de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la transposition en droit interne de la directive européenne 2013/55/UE du 20 novembre 2013 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles" (n° 151)**

**05 Interpellatie van mevrouw Véronique Caprasse tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de omzetting in Belgisch recht van Europese Richtlijn 2013/55/EU van 20 november 2013 betreffende de erkenning van de beroepskwalificaties" (nr. 151)**

**05.01 Véronique Caprasse (DéFI):** Madame la ministre, je vous avais déjà interrogée le 26 janvier dernier. Le délai convenu pour la transposition de la directive expirait le 18 janvier de cette année. Je reconnais la complexité de ce dossier en ce qui concerne le statut des infirmières.

Au risque de me répéter, l'investissement dans la formation de nos infirmières et infirmiers est indispensable pour réduire la mortalité due aux infections nosocomiales, ainsi que pour améliorer, de manière générale, les soins en milieu hospitalier et extra-hospitalier. L'évolution des besoins en santé et du contexte des soins exige des compétences de haut niveau pour un exercice professionnel infirmier autonome et responsable en application des compétences décrites dans la directive 2013/55.

Au plan macroéconomique, il est attesté que la santé publique peut bénéficier largement d'une formation de haut niveau du secteur infirmier en amont, et de retombées budgétaires et d'économies d'échelle au niveau de l'INAMI en aval. Vous disposez d'un profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable en

soins infirmiers déterminé par le Conseil fédéral de l'art infirmier du 1<sup>er</sup> avril 2015, lequel a déterminé huit compétences professionnelles attendues.

La grande majorité des associations professionnelles représentant le secteur infirmier ainsi que le monde de l'enseignement supérieur en soins infirmiers plaident, afin de répondre au plus près aux exigences de la directive, premièrement, pour l'introduction d'un seul titre pour la formation d'infirmier-bachelier, afin que celui-ci puisse être homologué pour les soins généraux, et deuxièmement, pour l'instauration d'un titre unique d'intermédiaire qualifié, qui puisse répondre aux critères de la directive relatifs à un brevet supérieur de formation professionnelle.

Or, d'après les informations qui me sont communiquées, vous seriez favorable au fait de garder les deux filières de formation pour les infirmiers et infirmières pour l'obtention du même titre professionnel d'infirmier responsable de soins généraux, prenant appui, semble-t-il, sur la situation de terrain vécue au Nord du pays, dans les hôpitaux et maisons de repos.

Permettez-moi d'observer une certaine interrogation à faire appliquer, en droit interne, des standards européens au regard d'une vision qui correspond à celle d'une des deux grandes communautés linguistiques du pays.

Si vous demandez, conformément à ce que vous déclariez le 26 janvier dernier, aux Communautés de respecter les critères de la directive et de garantir que les nouveaux diplômés répondront bien aux critères retenus par l'Union européenne, l'État fédéral se doit également de respecter la directive, et dans cette hypothèse, d'adapter le cadre réglementaire d'accès à la profession d'infirmière en réservant le titre d'infirmier responsable en soins généraux aux seuls diplômés titulaires d'un bachelor et en créant un titre d'intermédiaire qualifié.

La question n'est pas de remettre en cause le travail effectué ou les qualifications des aides soignants ou des infirmiers ayant obtenu un diplôme de l'enseignement professionnel, mais bien d'adapter notre cadre réglementaire d'exercice de la profession d'infirmier en la matière, aux exigences de formation et de qualité de soins fixées par l'Union européenne et par les études scientifiques.

Au-delà de cet élément, vous n'ignorez pas, madame la ministre, qu'en vertu de l'article 258 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, la Commission européenne, en sa qualité de gardienne des traités, est en mesure de poursuivre en justice un État membre qui manquerait aux obligations qui lui incombent, en vertu du droit de l'Union. Nous sommes aujourd'hui cinq mois après l'expiration du délai et des pénalités seront infligées à l'État belge s'il ne satisfait pas à ses obligations, d'où l'objet de mon interpellation aujourd'hui car il serait particulièrement dommageable pour notre pays d'être épinglé sur ce plan des détails et surtout de ne pas respecter les exigences de la directive en termes de contenu.

Lorsque je vous avais interrogée en janvier, vous attendiez l'avis de la section de la législation du Conseil d'État concernant le projet d'arrêté royal transposant la directive approuvée en Conseil des ministres. En conséquence, pouvez-vous me faire savoir quel est l'état actuel de la procédure de transposition de la directive? Quelle est l'option que vous avez retenue au niveau des filières de formation?

**05.02 Maggie De Block**, ministre: Merci, madame Caprasse. Concernant l'état actuel de la procédure de transposition de la directive européenne de 2013 n° 55, du 20 novembre 2013, modifiant la directive 2005/37 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement n° 1024 de 2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur, le projet d'arrêté royal ainsi que les projets d'arrêtés ministériels concernés ont été adaptés suite aux avis rendus par le Conseil d'État à ce sujet.

Le projet d'arrêté royal est passé devant le Conseil des ministres pour une seconde lecture aux fins d'approbation, après quoi nous pourrions passer à la signature puis à la publication des textes au *Moniteur belge*. Concernant l'option retenue au niveau des filières de formation, il ne m'appartient pas de décider à quel niveau ni dans quelle filière les infirmiers doivent être formés. La directive européenne autorise les États à organiser la formation tant au niveau professionnel, supérieur qu'universitaire sachant que l'organisation de l'enseignement est une compétence communautaire en Belgique.

Lors de la dernière Conférence interministérielle de la Santé publique du 21 mars dernier, j'ai rappelé aux ministres des entités fédérées, Mme Joëlle Milquet – encore ministre de l'Éducation auprès de la Fédération

Wallonie-Bruxelles à l'époque – et Mme Crevits, que la seule exigence que j'avais était de préciser quelles formations d'infirmiers répondaient à la directive et de me garantir que les diplômes de ces formations avaient bien toutes les compétences attendues par l'Europe. Je continuerai à consulter les entités fédérées afin de garantir une bonne implémentation de la directive. Vous savez qu'ils ne sont pas encore tombés d'accord mais, pour ma part, toutes les exigences de la Commission européenne doivent être rencontrées tant au niveau de la qualité qu'au niveau de la mobilité des infirmiers dans notre pays.

**05.03 Véronique Caprasse (DéFI):** Madame la ministre, je vois que vous progressez dans le bon sens. Le milieu infirmier attend des réponses positives et il serait temps que cela soit uniformisé à l'échelle fédérale. Je me permets quand même de déposer une motion mentionnant les deux demandes énumérées dans ma présentation auprès de la présidente afin de confirmer notre demande et aller dans le sens souhaité par tous.

#### **Moties**

#### **Motions**

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

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Véronique Caprasse et est libellée comme suit:

"La Chambre,  
ayant entendu l'interpellation de Mme Véronique Caprasse  
et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
demande au gouvernement fédéral  
d'adapter dans les plus brefs délais notre cadre réglementaire d'exercice de la profession d'infirmier aux exigences de formation et de qualité des soins fixées par l'Union européenne et par les études scientifiques, et par conséquent:  
- de réserver l'accès à la profession d'infirmier(ère) responsable de soins généraux aux nouveaux diplômés bacheliers infirmiers et infirmiers et de déterminer un titre unique de bachelier infirmier, correspondant au titre européen responsable de soins infirmiers;  
- d'établir un autre titre unique d'intermédiaire qualifié répondant aux critères européens du brevet supérieur de formation professionnelle."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Véronique Caprasse en luidt als volgt:

"De Kamer,  
gehoord de interpellatie van mevrouw Véronique Caprasse  
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
vraagt de federale regering  
ons reglementaire kader voor de uitoefening van de verpleegkunde zo snel mogelijk aan te passen aan de vereisten inzake opleiding en zorgkwaliteit die door de Europese Unie werden bepaald en waartoe wetenschappelijke studies besluiten, en bijgevolg:  
- de toegang tot het beroep van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger voor te behouden aan de bachelors in de verpleegkunde en één beroepstitel van bachelor in de verpleegkunde in te voeren, die overeenstemt met de Europese titel 'verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger';  
- één andere beroepstitel van gekwalificeerd tussenpersoon in te voeren, die voldoet aan de Europese criteria van een hoger brevet van beroepsopleiding."

Une motion pure et simple a été déposée par Mlle Yoleen Van Camp et par MM. Dirk Janssens et Damien Thiéry.

Een eenvoudige motie werd ingediend door juffrouw Yoleen Van Camp en door de heren Dirk Janssens en Damien Thiéry.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.  
Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

La question n° 11617 de Mme Els Van Hoof est transformée en question écrite. Il en va de même pour la question n° 11624 de M. Daniel Senesael.

**06 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport de la Cour des comptes sur la gestion des soins dentaires en Belgique" (n° 11626)**

**06** **Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport van het Rekenhof betreffende het overheidsbeheer inzake de tandzorg in België" (nr. 11626)**

**06.01** **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, dans son récent rapport sur la gestion des soins dentaires en Belgique, la Cour des comptes observe que les dépenses de remboursement en soins dentaires connaissent une augmentation continue sur une période de dix ans alors que les études démontrent que certains groupes de population ont un niveau de santé bucco-dentaire préoccupant et que la demande de soins dentaires reste anormalement faible dans certains endroits. C'est évidemment un constat interpellant auquel il convient d'apporter des réponses rapidement.

Pour améliorer l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'utilisation rationnelle des soins dentaires, la Cour recommande notamment d'établir un plan d'action pour une période définie avec des objectifs datés, précis et mesurables. Dans ce cadre, la Cour demande, entre autres, une réévaluation de la nomenclature sur base d'un dossier scientifique afin de favoriser l'adhésion à l'accord dento-mutualiste et ainsi le respect des tarifs conventionnés. Elle suggère également de renforcer l'accessibilité des soins dentaires remboursables, notamment de certains soins courants soumis à des limites d'âge, ce qui frappe durement les patients défavorisés. Elle préconise un renforcement de la publicité du statut professionnel du dentiste sur sa plaque professionnelle ainsi que l'affichage des honoraires fixés par la nomenclature dans les salles d'attente. La Cour rappelle enfin la nécessité de mettre en œuvre le tiers payant social, tout en maîtrisant les risques de surconsommation et de fraude.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de cet audit de la Cour des comptes? Quel est votre avis sur les constats posés? Entendez-vous prendre des mesures concrètes pour répondre aux recommandations de la Cour des comptes? Si oui, sur quels points pourriez-vous avancer? Dans quels délais des améliorations sont-elles envisageables?

**06.02** **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, le rapport de la Cour des comptes sur le remboursement des soins dentaires a retenu toute mon attention. Ma réponse à la Cour des comptes est intégrée dans le rapport, en annexe 3. Je les ai félicités pour leur excellent rapport. J'ai demandé aux fonctionnaires dirigeants de l'INAMI et au président de la Commission nationale dento-mutualiste de me formuler des propositions d'améliorations.

Lors de mon exposé d'orientation politique, j'ai fait part de ma volonté d'avoir une politique plus fortement basée sur des objectifs de santé. En effet, il est primordial que les valeurs de base du système soient traduites en objectifs concrets et que les actions entreprises le soient là où des améliorations sont requises. Le rapport de la Cour des comptes va également dans ce sens et permet de cibler les points auxquels il faudra être attentif pour arriver à une meilleure prise en charge de ces soins dentaires.

Le 23 juin 2016, la Commission nationale dento-mutualiste a examiné de manière approfondie les vingt-trois recommandations formulées par la Cour des comptes. Suite à ces discussions, des mesures pourront être envisagées pour améliorer la gestion et les performances du système de remboursement des soins dentaires.

**06.03** **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'entends qu'une prise de conscience est faite et que des bases sont jetées. Il conviendra d'être attentif à leur concrétisation dans les mois à venir.

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

**07** **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van het convenant over alcoholreclame" (nr. 11657)**

**07** **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation de la convention sur la publicité en matière d'alcool" (n° 11657)**

**07.01** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, wij hebben het hierover al gehad toen wij in deze commissie over alcohol hebben gediscussieerd. De persoon van uw kabinet die hier toen was, heeft gezegd dat zij u aan het woord zou laten over de inhoud van het evaluatierapport. Dat hebt u al, en er zijn blijkbaar al dingen van bekend, maar u hebt ons nog niet alles laten weten.

Ik vraag u dus naar de inhoud van het evaluatierapport van het convenant over alcoholcontrole. Uw medewerkster heeft gezegd dat u dat rapport intussen al hebt. Leidt u daaruit iets extra af met het oog op bijkomende maatregelen? Kunt u daarover iets zeggen?

**07.02** Minister **Maggie De Block**: De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid heeft inderdaad een document opgemaakt waarin bepaalde facetten van de werking van het bestaande Alcoholconvenant onderzocht zijn. Dat is een intern document. De kwestie maakt in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid het voorwerp uit van overleg met mijn collega's-ministers, vermits dit niet alleen mijn bevoegdheid betreft.

Een grondige wetenschappelijke analyse van de maatregelen inzake alcoholreclame, inclusief de werking van het Alcoholconvenant, wordt dan ook uitgevoerd door het Federaal Wetenschapsbeleid (Belspo). De resultaten worden midden 2017 verwacht.

**07.03** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Dank u.

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

**08** **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de combinatie van alcohol en drugs" (nr. 11658)**

**08** **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cocktail alcool-drogue" (n° 11658)**

**08.01** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, zeven op tien jongeren drinken alcohol wanneer ze uitgaan. Op een vraag om uitleg in het Vlaams Parlement over het uitgaansonderzoek van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen heeft minister Vandeurzen geantwoord dat 22 % van de feestvierders uit het onderzoek het afgelopen jaar alcohol met een of meerdere illegale drugs heeft gecombineerd. Zes procent zou dat regelmatig doen. Dat zijn uiteraard alleen Vlaamse cijfers.

Er is een probleem bij de combinatie van alcohol met GHB of ketamine, die extra risico's inhouden voor de gezondheid. Er zou in de praktijk wel degelijk een probleem zijn van levensbedreigende overdosissen.

Beschikt de FOD Volksgezondheid over relevante cijfers? Hoe vaak worden jongeren opgenomen in het ziekenhuis wanneer ze drugs en alcohol combineren? Beschikt het FAGG over een overzicht van het gebruik van GHB en/of ketamine in België, al dan niet in combinatie met alcohol?

Wat zijn de maximumdosissen om geen extra risico te lopen voor de gezondheid? Vanaf wanneer kunnen we spreken van levensbedreigende overdosissen? Neemt de federale overheid maatregelen om die combinatie te vermijden?

U had twaalf extra jonge inspecteurs, die niet opvielen, aangeworven tijdens evenementen bij EK-wedstrijden om de drankverkoop bij minderjarigen te controleren. Hebben die inspecteurs nu tijd om aandacht te besteden aan de combinatie van drugs en alcohol?

In welke extra maatregelen voorziet u?

**08.02** Minister **Maggie De Block**: Uit minimale ziekenhuisgegevens blijken de opnames die gekenmerkt worden door een combinatie van alcohol en andere, licht te stijgen tussen 2008 en 2013. Dat zijn de meest recente cijfers, die gaan van 214 naar 256 per jaar. Het gaat over de klassieke opnames of dagopnames van patiënten jonger dan 21 jaar. Er bestaan geen codes in de minimale ziekenhuisgegevens die specifiek zijn voor verslaving aan, misbruik van of vergiftiging door GHB of ketamine.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten beschikt niet over cijfers over het illegaal gebruik van GHB of ketamine, al dan niet in combinatie met alcohol. GHB wordt medisch gebruikt bij narcolepsie met kataplexie. Ketamine wordt medisch gebruikt als anestheticum in de humane – hoewel minder frequent – en veterinaire geneeskunde.

Er bestaat geen specifiek geneesmiddel voor een te hoge inname van alcohol en ketamine. De behandeling is vooral symptomatisch, met speciale aandacht voor de respiratoire en cardiale functies.

Hoewel de inname van ketamine met alcohol de verschijnselen van respiratoire en cardiovasculaire depressie verergerd, is een overlijden ten gevolge hiervan zeldzaam.

Er is een grote variabiliteit in de intoxicatiedrempelwaarde op basis van de individuele stofwisseling, het gewicht, of men al dan niet gegeten heeft, waardoor het moeilijk is om een grens vast te leggen.

Ook voor de combinatie van GHB met alcohol bestaat geen specifiek antidotum. GHB onderdrukt de hersenactiviteit. Dosissen hoger dan 50 milligram per kilogram worden geassocieerd met een onderdrukking van het respiratoire systeem, convulsies, coma en overlijden.

Er is slechts een dunne lijn tussen de euforische effecten van GHB en de mogelijke dodelijke effecten ervan. Bij een gelijktijdige inname van alcohol stijgt het risico sterk, vooral door de onderdrukking van het centraal zenuwstelsel.

Het vermijden van een gecombineerd gebruik van alcohol en drugs is vooral een taak voor de preventie, wat tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoort. Niettemin loopt de aanwerving van twaalf extra controleurs en moet deze afgerond zijn tegen 1 oktober.

De controles van evenementen in het kader van EK-wedstrijden werden verricht met het huidig kader van controleurs. Nu is het EK, wat ons land betreft, afgelopen. Zoals meegedeeld, wordt de personeelscapaciteit slim ingezet.

De controles op het gebruik of het bezit van drugs blijven een exclusieve taak van de politie. Indien de tabaks- en alcoholcontroleurs bij hun controles een vermoeden hebben van het gebruik of het bezit van drugs, moeten ze contact opnemen met de politie, want zij zijn daarvoor niet zelf bevoegd.

Zoals ik reeds heb gezegd, worden de maatregelen met betrekking tot het terugdringen van het schadelijk gebruik van alcohol momenteel besproken in een werkgroep met alle bevoegde overheden. In oktober wordt de definitieve tekst voorgelegd aan de thematische vergadering Drugs van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

**08.03 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitvoerig antwoord. Ik merk wel op dat er geen codes bestaan in de MKG om een en ander juist te registreren. Misschien kan eraan gedacht worden om dat mee op te nemen en beter in kaart te brengen, zodat wij over de gegevens ter zake zouden kunnen beschikken.

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

**09 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accès aux pilules du lendemain" (n° 11687)**

**09 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de morning-afterpil" (nr. 11687)**

**09.01 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, cette question est en lien avec notre proposition de loi, qui était à l'ordre du jour de ce matin, sur l'accès aux pilules du lendemain. Les compréhensions et les interprétations des conditions d'accès aux pilules du lendemain sont tellement diverses qu'il importe que vous précisiez au travers de votre réponse les éléments suivants.

Madame la ministre, la pilule du lendemain est-elle accessible sans prescription médicale, en pharmacie comme en centre de planning familial? Une prescription médicale est-elle nécessaire pour qu'une jeune femme bénéficie de sa gratuité jusqu'à 21 ans ou suffit-il qu'elle montre sa carte d'identité au pharmacien? Y a-t-il d'autres indications dont il faut tenir compte? Ce sont des questions précises pour clarifier nos discussions sur le sujet.

**09.02 Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, la pilule du lendemain est délivrée sans

prescription médicale en pharmacie. Cependant, pour bénéficier directement de l'intervention spécifique de l'assurance obligatoire, les jeunes femmes de moins de 21 ans doivent présenter une prescription médicale au pharmacien. Dans le cas où elles ne disposent pas de prescription médicale, ces jeunes femmes doivent payer le prix plein au pharmacien et lui demander un document de paiement au comptant, avec lequel elles peuvent se rendre auprès de leur organisme assureur pour obtenir l'intervention spécifique. Cela signifie qu'elles ont toujours un accès immédiat, mais le remboursement sera postérieur.

L'INAMI n'est pas compétent en ce qui concerne les centres de planning familial. Si ces derniers disposent des prestataires de soins requis, soit un pharmacien, soit un médecin, la pilule du lendemain peut être mise à disposition légalement. L'organisation des centres de planning familial ressort cependant des compétences des Communautés.

La question de savoir s'il est possible de faire appel aux sages-femmes pour prescrire des moyens contraceptifs ainsi que la pilule du lendemain a déjà été posée précédemment au sein de cette commission. Entre-temps, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes a émis son avis en la matière, et tant l'avis des Académies royales de médecine de Belgique que celui du Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes indiquent, à la suite d'une analyse approfondie, que la prescription de tout moyen contraceptif, même en dehors du contexte limité des trois mois suivant l'accouchement d'une femme en bonne santé, ressort clairement des compétences des médecins.

Étant donné que les contraceptifs d'urgence contiennent la même molécule, cet avis peut être appliqué à la pilule du lendemain.

Le groupe de travail "financement de la contraception pour les jeunes" s'est réuni le 11 mars dernier, afin d'examiner les données relatives à l'évolution de l'utilisation des moyens contraceptifs portant sur les deux années complètes suivant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans. Les conclusions ont été présentées au Comité de l'assurance soins de santé le 2 mai dernier.

Le groupe de travail a notamment constaté au cours de cette période une diminution régulière du nombre d'avortements et des naissances chez les jeunes femmes de moins de 21 ans; une légère baisse des dépenses pour les moyens contraceptifs dans la population des jeunes femmes de moins de 21 ans; une tendance de transfert de l'usage des contraceptifs à court terme vers ceux à long terme – autrement dit, les implants et les stérilets - une augmentation nette de l'usage des stérilets, qui sont remboursés depuis la réforme du remboursement; une diminution de l'emploi des pilules de troisième génération depuis 2014, à la suite des avertissements relatifs à leur sécurité et, enfin, un usage stable des pilules de première et deuxième générations. Globalement, l'évaluation de la réforme du remboursement des contraceptifs pour les jeunes est donc positive, en particulier en ce qui concerne l'influence sur l'usage des stérilets.

Par ailleurs, le groupe de travail a formulé deux propositions concrètes de modification. Il s'agit tout d'abord d'inscrire la spécialité Depo-Provera – qui consiste en des injections - sur la liste reprenant les contraceptifs pour les jeunes qui réunissent les critères pour l'intervention spécifique. Il propose ensuite d'étendre l'intervention prévue dans l'arrêté royal aux délivrances en ambulatoire via la pharmacie hospitalière pour les contraceptifs de longue durée, qui sont placés lors de la consultation à l'hôpital ou de la visite chez un gynécologue ou un médecin.

J'ai demandé à mon administration d'approfondir et d'évaluer ces deux propositions, notamment du point de vue de l'impact budgétaire, afin que je puisse me prononcer en toute connaissance de cause. Il faut aussi dire que le Depo-Provera n'est pas l'idéal pour tout le monde. J'ai toujours hésité à l'utiliser en raison de ses effets secondaires importants sur les jeunes femmes.

S'agissant de recommandations, j'ai demandé l'avis de l'administration sur les avantages et les coûts.

**09.03 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Une démarche supplémentaire devra être entreprise en cas d'absence de prescription pour les mineurs. Vous avez répondu de manière ultra complète à ma question, parce que vous avez transmis des éléments relatifs aux propositions de loi. De la sorte, chacun aura accès aux éléments.

Il est intéressant de constater une évolution positive en la matière: diminution du nombre d'avortements et attrait pour le stérilet plutôt que pour les pilules hormonales.

Le Depo-Provera était donné de manière systématique aux jeunes femmes qui présentaient un handicap. C'était une manière "facile" de leur donner un moyen contraceptif qui valait pour trois mois. Il n'y avait, certes, pas d'inquiétude sur la prise de la pilule, mais les effets secondaires étaient importants.

**09.04 Maggie De Block**, ministre: Ils n'étaient, effectivement, pas négligeables!

**09.05 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Il faudra examiner si les recommandations ciblent une population particulière ou si elles sont plus générales.

La **présidente**: Nous distribuerons votre réponse aux membres de la commission. De la sorte, ils disposeront des informations utiles à la poursuite de nos travaux sur le sujet, dès la rentrée.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**10 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inwerkingtreding van het koninklijk besluit inzake de e-sigaret" (nr. 11693)

- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van e-sigaretten buiten de apotheken" (nr. 11828)

- mevrouw **Renate Hufkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koninklijk besluit van 15 februari 2016 betreffende het fabriceren en het in de handel brengen van elektronische sigaretten" (nr. 12053)

**10 Questions jointes de**

- **Mme Anne Dedry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'entrée en vigueur de l'arrêté royal relatif à la cigarette électronique" (n° 11693)

- **Mme Muriel Gerkens** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente de cigarettes électroniques, en dehors des pharmacies" (n° 11828)

- **Mme Renate Hufkens** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté royal du 15 février 2016 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des cigarettes électroniques" (n° 12053)

**10.01 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, wij hebben het al verschillende keren over de e-sigaret gehad. In principe zouden vanaf 19 mei 2016 de nieuwe regels voor e-sigaretten van kracht worden. Het KB schreef voor dat de e-sigaret onder zeer strenge voorwaarden in gewone winkels en dagbladhandels mocht worden verkocht. Er waren wel een aantal strikte voorwaarden over de vullingen, het aantal milliliter enzovoort. Er was ook een verplichting tot registratie, die 4 000 euro kost, voor kmo's of winkels die de e-sigaret via het internet wilden verkopen.

De Raad van State had hierbij heel wat bedenkingen. Als ik het goed heb begrepen, is het KB op dit moment dan ook geschorst.

Volgens Britse onderzoekers en anderen zijn e-sigaretten minder schadelijk voor de gezondheid. Zij helpen ook heel duidelijk om mensen van de tabak af te helpen en er is geen bewijs dat de e-sigaret aanzet tot roken. In sommige vullingen zit er nicotine, die de verslaving in stand houdt, maar nicotine houdt enkel de verslaving in stand en maakt de e-sigaret zeker niet dodelijk. Teer in tabak is wel dodelijk.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen.

Waarom bent u zo streng tegenover de e-sigaret? Heeft dat te maken met de inkomsten van de accijnzen op tabak die zullen dalen of hebt u andere redenen?

Volgt u het advies van de Raad van State? Welke maatregelen zult u nemen? Zult u bijvoorbeeld de registratieplicht van 4 000 euro laten vallen of laten dalen?

Zal er een hervormd KB in werking treden? Zo ja, welke deadline hebt u voor ogen?

Waarom beschouwt u de e-sigaret zonder nicotine niet als rookstopmiddel? Het lijkt mij dat er nu nogal wat

barrières worden opgeworpen voor de gebruikers van e-sigaretten. Welke maatregelen zult u ter zake treffen?

**10.02 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Ma question est la même en raccourci. Comment comprendre que la notification obligatoire par produit pour les cigarettes électroniques soit de 4 000 euros, étant donné qu'apparemment la vente est possible en dehors des pharmacies, alors qu'elle est de 125 euros par an pour les produits du tabac? Deux commerçants sont allés devant le Conseil d'État. Ils ont gagné pour cause de montant jugé disproportionné. J'aurais donc voulu connaître la raison de ces montants et la procédure que vous mettez en place pour régler la matière.

**10.03** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, eerst en vooral moet ik toch een en ander verduidelijken.

Er wordt mij verweten de regels voor de e-sigaret te verstrengen. Dat is helemaal niet het geval. Ik koos voor de minst strikte optie, juist omwille van de positieve effecten voor de volksgezondheid als men, in plaats van een sigaret, een e-sigaret gebruikt. Ik ontwaar in uw vraag ook een zeker intentieproces. Waarom zou ik al die moeite doen om de e-sigaret zo gemakkelijk mogelijk verkrijgbaar te maken als ik eigenlijk niet wil dat de mensen ze ook gebruiken? Dat is toch de omgekeerde wereld?

De waarheid is en blijft dat er een Europese richtlijn is die moet worden opgevolgd. Die richtlijn is goedgekeurd op 3 april 2014. Ik moest zorgen voor de omzetting van die richtlijn in Belgische wetgeving. Dat hoort zo in een rechtsstaat.

Terwijl die richtlijn een belangrijke keuze liet, namelijk of de e-sigaret in een winkel dan wel in een apotheek mag worden verkocht, koos ik juist voor de minst strikte optie. Ik koos ervoor om ze ook in de rekken van winkels als alternatief voor de gewone sigaret toe te laten en ze niet alleen in de apotheken te laten verkopen.

Ik heb een advies aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagd in verband met de elektronische sigaret. De debatten tussen de experts waren bijzonder geanimeerd. U kunt daarvan getuigen. Toch werd er een compromis gevonden dat resulteerde in het advies dat werd gepubliceerd in oktober 2015. Het advies luidt als volgt, ik citeer: "Hoewel de e-sigaret veel minder schadelijk is dan de sigaret, is ze ook niet helemaal zonder gevaar. Het is dus aangewezen om niet-rokers te beschermen tegen de consumptie van dit product. Daarnaast kan de e-sigaret een middel zijn om sommige rokers te helpen met stoppen." Het is op basis hiervan, alsook uitgaande van artikel 20 van de richtlijn van 2014, dat een coherent voorstel rond de e-sigaret werd uitgewerkt.

Mijn diensten hebben het koninklijk besluit van 15 februari 2016 betreffende de productie en het in de handel brengen van elektronische sigaretten aangepast, en dit rekening houdend met de opmerkingen van de Raad van State aangaande de te betalen retributie per genotificeerd product, evenals de datum van inwerkingtreding.

Zodra het aangepast besluit gepubliceerd is, zal dit koninklijk besluit van 15 februari vervangen worden, het koninklijk besluit dat nu inderdaad door een rechtszaak is opgeschort.

Rookstophulpmiddelen worden beschouwd als geneesmiddelen. Het gaat om medicatie die wij terugbetalen, en meer dan vroeger terugbetalen. Daarvoor moet dan ook een veel zwaardere registratieprocedure gevolgd worden. Onder meer moet de doeltreffendheid ervan worden aangetoond via klinische studies.

Tijdens de onderhandelingen over de Europese richtlijn van 2014 werd een andere keuze gemaakt. Dat wil zeggen dat de elektronische sigaretten niet als tabaksontwenningmiddelen gekwalificeerd zijn, maar ook niet als geneesmiddelen. Zij worden nu op de markt gebracht op basis van een wet die veel minder streng is dan die voor antirookmedicatie.

La nouvelle réglementation en cours d'élaboration représente clairement une libéralisation du marché par rapport à la situation antérieure. Ces produits pourront être vendus dans tous les types de commerce à tout consommateur qui le souhaite, à l'exception des jeunes de moins de 16 ans, comme pour les cigarettes.

Je ne vois donc pas en quoi cela devrait constituer une protection de l'industrie du tabac. À mon sens, il n'y a pas de raison de baisser davantage les barrières pour les consommateurs.

Ik wil dus dat de e-sigaretten naast de gewone sigaretten liggen. Voor de gebruiker gaat het erom dat beide met elkaar geassocieerd worden.

Si le consommateur voit la cigarette électronique présentée à côté des produits du tabac, il réfléchira peut-être à arrêter le tabac et à opter pour l'achat d'une cigarette électronique. La démarche est différente aujourd'hui puisqu'il doit se rendre dans une pharmacie pour acquérir une cigarette électronique. De plus, il ne s'agit pas d'un médicament. Pourquoi dès lors réserver ce type de produits aux pharmacies? Ce n'est pas logique.

**10.04** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dank u wel. Uw antwoord biedt enige verheldering.

U zegt dat u het koninklijk besluit aangepast hebt of aan het aanpassen bent en dat u behalve de datum van inwerkingtreding ook de kosten voor de registratie zult wijzigen, die met name verlaagd zullen worden.

**10.05** Minister **Maggie De Block**: Ja, uiteraard. De administratie heeft dat voorstel geformuleerd en dat volg ik nu. Omdat de verhoogde kostprijs als een discriminatie werd ervaren, werd daartegen beroep ingesteld. Wij zullen nu naar het verlaagd bedrag gaan.

C'est 250, je pense.

**10.06** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): J'ai 125 pour le tabac et 4 000 ...

**10.07** **Maggie De Block**, ministre: On a fortement diminué le montant justement pour éviter les recours.

**10.08** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Le fait que ce soit un médicament et que donc cela nécessite des enregistrements et des procédures plus compliquées, justifierait le montant de 4 000?

**10.09** **Maggie De Block**, ministre: Non, ce n'est pas un médicament.

**10.10** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Les 4 000 venaient donc d'autre chose et non pas de cette qualification.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**11** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "remgeld voor thuisverpleegkunde" (nr. 11760)**

**11** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le ticket modérateur pour les soins infirmiers à domicile" (n° 11760)**

**11.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik had over dit onderwerp een schriftelijke vraag ingediend en uit het antwoord kon ik opmaken dat de inning van remgeld bij alle beroepen in alle sectoren gebeurt, zoals wettelijk voorgeschreven. De gegevens die mij aangereikt werden, betroffen de klinisch biologen, artsen, kinesitherapeuten, apothekers en tandartsen. Eén sector vormde de uitzondering op de regel, met name de thuisverpleging. Daar blijkt het remgeld nergens te worden geïnd. In eerdere discussies was er nog sprake van geografische verschillen, maar men kan uit de cijfers vaststellen dat in de thuisverpleging overal en bijna altijd het remgeld wordt weggelaten. Globaal is 0,5 % van de kosten afkomstig uit remgeld. Het remgeld wordt dus collectief achterwege gelaten.

Bent u zich bewust van die problematiek, waardoor de thuisverpleging gemiddeld een vijfde aan inkomsten misloopt? Hebt u plannen om dat te verhelpen en ervoor te zorgen dat de thuisverpleegkundigen het loon krijgen waarop zij recht hebben?

**11.02** Minister **Maggie De Block**: Inderdaad, juffrouw Van Camp, ik ben ervan op de hoogte dat heel wat thuisverpleegkundigen – ik denk het merendeel – het persoonlijk aandeel niet innen, maar dat is een keuze die zij zelf hebben gemaakt en die historisch is gegroeid. Wij hebben daar niets mee te zien. Zij schuiven

verschillende redenen naar voren voor het niet-innen van het persoonlijk aandeel in de thuisverpleging. Zo willen zij de financiële lasten voor kwetsbare groepen patiënten niet verzwaren.

De situatie is dus historisch zo gegroeid, maar er zijn ook praktische bezwaren. Zo zeggen zij dat de kostprijs om het te innen hoger ligt dan het bedrag dat zij eraan overhouden. Mij is het in ieder geval altijd onduidelijk geweest waarom er slechts één sector is waarin geen remgeld wordt aangerekend, met name de thuisverpleging. De huisartsen en kinesisten doen het wel. Iedereen int remgeld. U zegt dat zij niet het loon krijgen waarop zij recht hebben. Zij hebben daar gewoon recht op. Zij beslissen zelf om het niet te innen. Wie ben ik dan om hen te verplichten om het te innen? De wet zegt dat zij er recht op hebben.

Zij hebben beslist om dat niet te innen. Dat is historisch zo gegroeid. Een concurrentieslag? U zegt dat, mevrouw Dedry, ik weet dat niet. In elk geval, zij hebben daar recht op en zij hebben dus te allen tijde het recht om dat te innen.

**11.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Sta mij toe dat geen antwoord te vinden. De collega van Groen zegt hier heel terecht dat het om concurrentiedruk gaat. Bij de thuisverpleging is dat veelal georganiseerd via een organisatie. Als men daar als zelfstandige tegen moet opboksen, is dat gewoon onmogelijk. Het is zeker niet de enige sector waar dit heeft bestaan. Bijvoorbeeld ook bij de klinisch biologen en de kinesisten is dit een tijd een issue geweest. Daar zijn er wel oplossingen voor gezocht, respectievelijk in de vorm van een wettelijke verankering en via een overeenkomst op het mutualiteitenoverleg. Mij lijkt het dat de verantwoordelijkheid hier toch wel wat wordt afgewenteld door te zeggen dat ze er recht op hebben en dat ze het maar moeten innen; de realiteit waarnaar hier verwezen wordt, is echter dat de zelfstandige thuisverpleegkundigen vandaag op het terrein met een zeer zware concurrentiedruk worden geconfronteerd. Onze fractie vindt dat het wel aan de politiek is om daarvoor oplossingen te bieden. Het is jammer dat die uitblijven.

**11.04 Minister Maggie De Block:** Ik wil alleen zeggen dat dit deel uitmaakt van het overleg, het Medicomut-overleg. Daar heb ik niets op te leggen, niets. Ik zit daar niet mee aan tafel. Dat overleg wordt geleid door mijn ambtenaren, maar ik zit daar niet mee aan tafel.

**11.05 Yoleen Van Camp (N-VA):** Voor de kinesisten is dat inderdaad beklonken in het Medicomut-overleg. Voor de klinisch biologen is het echter wel degelijk in de wet ingeschreven. Dat zou u ook in de thuisverpleging kunnen doen.

**11.06 Minister Maggie De Block:** Voor de klinisch biologen maakt dat ook deel uit van het Medicomut-overleg, mevrouw Van Camp. Dat is daar beslist.

**11.07 Yoleen Van Camp (N-VA):** Uit een antwoord op een vorige vraag had ik begrepen dat dit ook echt wettelijk verankerd was voor de klinisch biologen.

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

**12 Question de Mme Vanessa Matz à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le libre choix du prestataire par le patient" (n° 11769)**

**12 Vraag van mevrouw Vanessa Matz aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vrije keuze van de zorgverstreker door de patiënt" (nr. 11769)**

**12.01 Vanessa Matz (cdH):** Madame la présidente, madame la ministre, de plus en plus de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) se regroupent afin d'assurer aux patients une continuité des soins et une prise en charge pluridisciplinaire. À l'heure actuelle, de plus en plus de maisons médicales voient ainsi le jour. Globalement, cette évolution est positive à la fois pour les patients et les professionnels de la santé concernés.

Dans les faits, en tant que patient, vous avez la possibilité de vous inscrire dans une maison médicale qui a signé un accord de paiement forfaitaire avec votre mutualité. Celle-ci prendra alors en charge votre santé de façon globale. Si vous optez pour ce système, vous vous engagez, sauf exceptions très limitées, à ne plus consulter d'autres dispensateurs de soins que ceux de la maison médicale. Si vous en prenez

personnellement l'initiative, vous ne serez pas remboursé pour ces prestations.

La raison d'être de cette mesure est tout à fait compréhensible: si la maison médicale reçoit un montant forfaitaire pour la prise en charge d'un patient, il est logique que notre système de soins ne prenne pas en charge les prestations effectuées par d'autres médecins pour ce même patient (sauf exceptions clairement établies). Cela signifie donc, pour un patient suivi par un kinésithérapeute et un médecin généraliste depuis plusieurs années, et dont le médecin généraliste décide de s'associer à d'autres médecins, kinésithérapeutes et infirmiers, qu'il doit accepter de changer de kinésithérapeute s'il veut continuer à être pris en charge par son médecin généraliste.

Madame la ministre, considérez-vous que cette situation pose question en termes de respect du droit du patient de choisir les prestataires qui le prennent en charge, dans la mesure où le patient doit faire un choix entre suivre son médecin généraliste tout en devant changer de kinésithérapeute ou continuer à être pris en charge par son kinésithérapeute tout en devant changer de médecin généraliste? Comment concilier au mieux l'intérêt des regroupements de professionnels de la santé et la liberté de choix de prestataire des patients? Considérez-vous que cette situation pose question en termes de concurrence entre les professionnels de la santé regroupés au sein d'une association (éventuellement une maison médicale) et les professionnels de la santé qui ont décidé de ne pas s'y associer et qui risquent, dès lors, de perdre une partie de leur clientèle désormais suivie au sein de la maison médicale?

**12.02 Maggie De Block**, ministre: Madame Matz, en réponse à votre question, il convient, en premier lieu, de signaler que les conditions dans lesquelles les bénéficiaires de l'assurance peuvent s'inscrire dans une maison médicale sont définies de manière précise dans l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 50 § 1 de la loi relative à l'assurance obligatoire sur les soins de santé et indemnités et de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative aux maisons médicales.

En ce qui concerne le libre choix du patient, il existe des dispositions spécifiques dans l'arrêté royal qui organisent ce principe de manière précise. Il est exact que le bénéficiaire doit s'inscrire dans la maison médicale de son choix, mais il peut toujours demander de mettre fin à cette inscription. L'article 17 de l'arrêté royal est très clair à cet égard. Je le cite: "Chaque bénéficiaire qui s'inscrit chez un dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins peut dénoncer cette inscription avant la fin de chaque mois et l'inscription expire à la fin du mois qui suit celui pendant lequel la dénonciation a été communiquée à l'organisme assureur, au dispensateur de soins ou au groupe de dispensateurs de soins".

En plus, l'arrêté instaure un système d'essai au début de l'inscription, qui peut être prolongé si le bénéficiaire l'estime nécessaire. L'article 15 § 1, alinéa 5 stipule que les prestataires de la maison médicale peuvent dispenser des prestations et percevoir des honoraires à l'acte si ces prestations sont dispensées aux bénéficiaires inscrits au cours du mois civil de l'inscription. Le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période de trois mois maximum, qui ne peut être renouvelée.

Il est important de signaler que les dispositions se trouvent aussi dans l'arrêté royal, sur lequel le Comité d'assurance soins de santé a formulé un avis positif. Les professionnels de la santé sont représentés dans ce comité. Je rappelle à cette occasion que chaque accord avec une nouvelle maison médicale individuelle est soumis pour avis à ce même comité.

**12.03 Vanessa Matz** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie d'avoir rappelé certains principes. Mais cela ne répond pas tout à fait à la question que je posais. Bien sûr, nous connaissons la manière dont sont organisées les maisons médicales. Il se trouve qu'une maison médicale, qui a débuté avec uniquement des médecins généralistes, se voit dire, plusieurs années plus tard, que les soins de kinésithérapie seront compris dans leur forfait.

Dans les faits, il est demandé aux patients qui sont, par exemple, suivis depuis plusieurs mois par leur kiné, voire plus pour les personnes plus âgées qui le reçoivent quotidiennement, de faire un choix entre leur kiné et leur médecin généraliste. Cela pose peut-être un problème au niveau de la liberté de choix du patient, car ces nouvelles prestations de kinésithérapie n'étaient pas initialement prévues par la maison médicale. Dès lors, les gens ont un peu le couteau sous la gorge.

L'objet de ma question était de savoir si, selon vous, cela ne contrevenait pas à certains principes. Vous m'avez rappelé que, bien sûr, le patient peut quitter la maison médicale. Mais s'il la quitte, cela signifie qu'il

quitte son médecin généraliste. Nous sommes toujours devant un dilemme, où le patient a le choix entre un kiné et un médecin généraliste.

C'est une situation que nous vivons dans ma région. Cela me pose vraiment question. Je fais moi-même partie de cette maison médicale. Je n'ai aucun souci par rapport aux soins dispensés. C'est le changement des règles en cours de route qui me pose un problème.

**12.04 Maggie De Block**, ministre: À plusieurs occasions, j'ai déjà dit que le libre choix pour le patient concerne chaque prestataire: médecin, kiné, infirmier, sage-femme. À chaque fois, il a le libre choix. Ce n'est pas une fois, mais à chaque fois!

**12.05 Vanessa Matz** (cdH): Dans le cas qui m'occupe, deux kinés ont été engagés comme salariés par la maison médicale. On dit aux patients qu'ils doivent consulter ces kinés ou quitter la maison médicale. C'est cela qui me pose un vrai problème. Ils n'ont pas la liberté de choix de leur kiné, puisqu'on leur dit que s'ils veulent rester dans la maison médicale, ils doivent avoir recours aux kinés engagés par la maison médicale. Cela me pose un problème. Il me semble que dans ce cas-ci, ils n'ont pas la liberté de choix.

**12.06 Maggie De Block**, ministre: Dès lors, ils peuvent porter plainte parce que c'est contre la liberté de choix!

**12.07 Vanessa Matz** (cdH): Même dans une maison médicale?

**12.08 Maggie De Block**, ministre: Oui!

La **présidente**: Cela vaudrait la peine d'interroger la Fédération des maisons médicales. Cela m'étonnerait qu'elle n'ait pas réfléchi à de telles situations et qu'aucune disposition ne soit prévue pour pareil cas. Dans ce genre de situation, comment faire, surtout avec des personnes âgées, si elles doivent quitter le prestataire auquel elles sont habituées?

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**13 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "registratie voor euthanasie" (nr. 11879)**

**13 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le formulaire d'enregistrement relatif à l'euthanasie" (n° 11879)**

**13.01 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Deze vraag is belangrijker dan die over de e-sigaret, daar ben ik mij van bewust.

Een arts die een euthanasie uitvoert, heeft de wettelijke plicht binnen de vier dagen het registratieformulier in te dienen, dat uit twee delen bestaat en anoniem is. Eén deel wordt verzegeld en enkel geopend indien er twijfel is. Een tweede algemeen deel bevat specifieke vragen, die de commissie evalueert en controleert.

Het registratieformulier is erg belangrijk en nuttig, maar ik meen dat er nog mankementen aan zijn. Een arts moet nu niet op alles antwoorden. Hij moet niet alles invullen. Zo moet hij bijvoorbeeld niet de instelling vermelden waar de euthanasie werd uitgevoerd. De arts moet ook maar één diagnose noteren, en zeker bij psychische aandoeningen is dat niet altijd evident. Daar gaat het immers vaak om een multiple problematiek. Ook de betrokkenheid van het palliatief team staat niet geregistreerd. Wij weten ook niet hoeveel euthanasievragen ingewilligd werden, maar uiteindelijk niet uitgevoerd zijn. Daarnaast blijkt dat niet alle gegevens die door de artsen op de formulieren worden genoteerd, ook ingevuld worden in de database van de overheidsdiensten.

Bent u eventueel bereid het registratieformulier voor euthanasie aan te passen en te verbeteren?

Zo ja, ziet u iets in de aanpassingen die ik gesuggereerd heb? Ik denk dan vooral aan het vermelden van de instelling waar de euthanasieaanvraag werd gedaan. Zo was er onlangs een probleem in Diest, dat de kranten heeft gehaald.

Ik denk ook aan de vermelding van de verschillende ziektebeelden die tot een diagnose leiden, en de betrokkenheid van het behandelingsteam en het palliatief team. Ziet u daar brood in?

Waarom weten wij eigenlijk niet goed hoeveel euthanasieaanvragen ingewilligd werden, maar uiteindelijk niet uitgevoerd zijn? Het zou het maatschappelijk debat over dat moeilijk thema vergemakkelijken. Kunnen wij een en ander niet op een correctere manier registreren?

Ten slotte, hoe komt het dat blijkbaar niet alle gegevens die de artsen in het dossier zetten, in de database van de overheid worden opgenomen?

**13.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, de registratie van euthanasie is inderdaad belangrijk, maar u haalt een aantal zaken door elkaar.

De euthanasiewet van 28 mei 2002 bepaalt in artikel 5 dat de arts die euthanasie heeft toegepast, binnen de vier werkdagen een volledig ingevuld registratiedocument verstuurt naar de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie.

Eerst en vooral hebt u vragen bij de aard van het registratiedocument, maar dat wordt opgemaakt door de Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie, niet door de Koning of de minister. De euthanasiewet bepaalt in artikel 7, eerste lid welke gegevens het document moet bevatten. Het is dus de commissie die het registratiedocument kan aanpassen binnen dat kader, tenzij de Kamer natuurlijk zou beslissen tot een wijziging van de euthanasiewet op dat punt. De registratieformulieren zijn te vinden op de website van de FOD Volksgezondheid en zijn natuurlijk in overeenstemming met wat de wet bepaalt, zowel wat de inzameling van de nodige informatie betreft, als wat het respecteren van de anonimiteit van artsen, patiënten en betrokken instellingen betreft.

Hoeveel euthanasieaanvragen werden ingewilligd, maar uiteindelijk niet uitgevoerd? Ik herinner eraan dat de wet de euthanasiecommissie enkel belast met de controle en de evaluatie van de euthanasie die wel werd toegepast. De betrokkenen maken de aanvraagdocumenten in orde, maar patiënten kunnen zich tot op het laatste moment bedenken. Dit staat ook in de euthanasiewet: de patiënt kan te allen tijde, tot op het laatste moment, zijn aanvraag om euthanasie te laten toepassen, veranderen. Dat was een heel belangrijk punt in de bespreking. Men kan dus tot op het laatste moment zeggen dat men toch geen euthanasie wil en dat men de natuur zijn gang wil laten gaan.

De rubrieken van deel II van het registratiedocument worden wel degelijk allemaal in de database opgenomen. Zij vormen de basis voor de statistieken in het tweejaarlijks rapport van de commissie. Artikel 7 van de euthanasiewet somt ze ook op. Het gaat om onder andere kenmerken van de patiënt, die weliswaar niet toelaten om hem of haar te identificeren, de aard van de aandoening en van de aanhoudende en ondraaglijke pijn, de redenen waarom het lijden niet kon worden verholpen, het feit of er een wilsverklaring is opgemaakt en de hoedanigheid van de geraadpleegde artsen.

Het is wel degelijk mogelijk om verschillende diagnoses op te geven. De commissie deelt mee dat dit ook vaak het geval is.

De gegevens van deel I van het registratiedocument worden niet overgenomen. Dat zijn namelijk de gegevens die informatie geven over de naam en de woonplaats van de patiënt, de naam en het adres van de behandelend arts, de geraadpleegde artsen, andere geraadpleegde personen en eventueel ook de gegevens van de eventuele vertrouwenspersonen die in een wilsverklaring aangesteld zijn. Dat is natuurlijk zo voorgeschreven om de anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de aangiftes te allen tijde te respecteren.

**13.03** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Bedankt voor het antwoord.

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

#### **14** Questions jointes de

- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la phagothérapie" (n° 11955)**

- **M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la**

**phagothérapie" (n° 12911)**

**14 Samengevoegde vragen van**

**- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bacteriofaagtherapie" (nr. 11955)**

**- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bacteriofaagtherapie" (nr. 12911)**

**14.01 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, tant l'OMS que la Commission européenne, de même que tout le monde ici, s'inquiètent de l'utilisation abusive d'antibiotiques et les résistances des bactéries à ces antibiotiques. Or, il existe une technique alternative, la phagothérapie, qui consiste à injecter des virus naturels qui vont tuer les infections.

Cette thérapie a été découverte pendant la Première Guerre mondiale et développée dans les années 20 et 30. C'est donc une vieille technique. Ces virus mangeurs de bactéries s'appellent des phages. On en trouve de grandes quantités dans la nature ou dans le corps humain. Ils ont une action plus limitée que les antibiotiques. Ils ne détruisent que certaines souches de la bactérie et ne provoquent pratiquement jamais d'effets secondaires. Souvent, le traitement est court et moins onéreux. Cette technique peut augmenter les chances du patient de s'en sortir, d'autant qu'elle n'est pas concernée par la résistance croissante des microbes aux antibiotiques.

C'est un docteur français, le Pr Dublanquet, qui est l'initiateur de la réintroduction de cette thérapie en France. Il dit qu'elle pourrait être utilisée dans les infections qui touchent les os et les articulations, mais également dans d'autres infections: urinaires, pulmonaires, oculaires.

En 2013, l'Union européenne a lancé un premier projet dénommé Phagoburn pour tester des phages contre des bactéries résistantes s'attaquant aux plaies de grands brûlés. En Belgique, certains patients sont soignés et ont pu être guéris grâce à cette technique, notamment les grands brûlés de l'hôpital de Neder-Over-Heembeek. Parce que ce sont des grands brûlés, on considère qu'il n'y a pas d'alternative, mais cette thérapie n'est pas encore reconnue comme applicable dans d'autres situations.

Les grands laboratoires sont peu intéressés par cette technique car les phages proviennent de la nature et ne sont pas brevetables. La rentabilité des investissements est sans doute moindre que lorsqu'ils inventent des molécules.

L'hôpital de Neder-Over-Heembeek entreprend des recherches sur la phagothérapie et recourt à cette technique. Certains patients qui n'y ont pas accès se rendent dans l'ex-bloc de l'Est, où cette méthode n'a pas été abandonnée.

Madame la ministre, la phagothérapie consiste en une alternative crédible aux antibiotiques. Quel soutien apportez-vous à cette technique? De quelle manière l'encadrez-vous? Quels résultats ressortent-ils des études cliniques menées en Belgique jusqu'à présent? Peut-on envisager un retour à la légalisation de la phagothérapie? L'hôpital de Neder-Over-Heembeek est-il reconnu et soutenu dans ses recherches en ce domaine?

**14.02 Philippe Blanchart** (PS): Madame la ministre, comme vous le savez, la phagothérapie utilise des phages, des virus mangeurs de bactéries, qu'on trouve en très grande quantité dans la nature ou dans le corps humain. Cette thérapie pourrait, semble-t-il, traiter des malades porteurs d'infections résistantes aux antibiotiques. La Géorgie est l'un des rares pays où la phagothérapie est encore proposée. Ce traitement fait pourtant aujourd'hui l'objet d'un regain d'intérêt, dans un contexte où la résistance aux antibiotiques est croissante.

En novembre dernier, l'OMS a d'ailleurs averti que, si rien n'était fait pour éviter le mauvais usage des antibiotiques ou trouver de nouvelles molécules, le monde allait se diriger vers "une ère postantibiotique, dans laquelle les infections courantes pourraient malheureusement recommencer à tuer".

Il apparaît que la phagothérapie pourrait constituer une solution à des infections qui touchent les os et les articulations, mais également à d'autres infections: urinaires, pulmonaires ou encore oculaires. L'avantage est que cette thérapie ne provoquerait pratiquement jamais d'effets secondaires graves dans l'organisme soigné. Le traitement est généralement court - deux à trois semaines - et nettement moins onéreux que les antibiotiques. Toutefois, son développement se heurte au manque d'intérêt des grands laboratoires, parce

que les phages sont issus de la nature et non brevetables. Le retour sur investissement est donc jugé trop faible.

J'aimerais, dès lors, madame la ministre, vous poser les questions suivantes. Des études récentes ont-elles été menées concernant l'utilité et l'efficacité de la phagothérapie? Qu'en est-il de ce traitement dans notre pays? Pour quelles raisons n'est-il pas développé? Peut-il vraiment constituer une réponse efficace dans un contexte où la résistance aux antibiotiques est croissante? Enfin, a-t-on une idée du nombre de patients qui pourraient être concernés par l'utilisation de cette thérapie?

**14.03 Maggie De Block**, ministre: Chers collègues, la phagothérapie n'est évidemment pas pratiquée dans beaucoup d'hôpitaux. Nous pensons néanmoins que les phages ont leur place dans l'arsenal thérapeutique contre les agents infectieux, sans toutefois croire qu'eux seuls apporteront une réponse définitive à la lutte contre les maladies bactériennes.

À court et à moyen terme, la phagothérapie ne va certainement pas remplacer l'antibiothérapie, ni en Belgique ni ailleurs. Toutefois, elle présente un réel potentiel pour le traitement de certaines infections et il y a lieu d'exploiter ce potentiel de manière réfléchie.

Madame Gerkens, il n'y a pas eu, à ce jour, d'essai clinique mettant en œuvre des médicaments de phagothérapie en Belgique. Il est vrai, par contre, que des bactériophages ont été utilisés à des fins thérapeutiques dans le cadre d'une étude-pilote conduite dans le centre des grands brûlés à l'Hôpital militaire Reine Astrid à Bruxelles, après approbation par un comité d'éthique. Aucun effet indésirable n'a été rapporté au terme de cette étude. Il convient toutefois de noter que cette conclusion n'aborde pas la question de l'efficacité.

De plus, ces résultats doivent être considérés avec prudence, étant donné qu'ils ont été collectés dans le cadre d'une étude qui n'est pas à proprement parler un essai clinique. Antérieurement, la phagothérapie n'a fait l'objet d'aucune réglementation spécifique. Ce n'est donc pas tant un retour à la législation qu'une avancée vers une législation qui est en jeu ici.

Il y a en Europe un consensus pour reconnaître que les préparations de phages sont des médicaments. La difficulté réglementaire tient plutôt au fait de savoir si l'on a affaire à des spécialités pharmaceutiques ou au contraire à des préparations magistrales. La différence est importante puisque les premières sont soumises aux contraintes liées à la demande d'autorisation de mise sur le marché et de la production selon le GMP, alors que les secondes ne le sont pas.

En l'occurrence, l'AFMPS s'est montrée assez créative en mettant en place une procédure réglementaire qui permettra de concilier ces deux approches dans l'attente d'une solution européenne que nous appelons de nos vœux.

La Belgique pourra devenir pionnière en la matière. La conception par l'AFMPS du dispositif réglementaire belge permettant l'utilisation de médicaments de phagothérapie se fait évidemment en concertation avec le personnel de l'Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek, de manière à mettre en place une approche pragmatique qui permette à la fois d'avancer concrètement dans l'utilisation de cette thérapie, tout en garantissant la qualité et la sécurité de ces médicaments dans l'espoir d'une démonstration d'efficacité.

C'est encore un long chemin, mais c'est une recherche tout à fait particulière pour notre hôpital militaire, qui peut être intéressante et donner de nouvelles perspectives, pas forcément pour remplacer les antibiotiques dans tous les cas. Les patients traités à Neder-Over-Heembeek sont des cas compliqués évidemment.

**14.04 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ce sont des patients compliqués, particulièrement sensibles aux infections. C'est un public intéressant à traiter de ce point de vue-là. Je suis satisfaite d'entendre que la Belgique valorise aussi son côté pionnier. Neder-Over-Heembeek a développé cette technique: des laboratoires existent dans l'hôpital. J'espère que nous allons leur permettre de se développer et de poursuivre leurs recherches, en lien évidemment avec l'Union européenne, et que cette alternative pourra se développer dans toutes les pathologies où elle peut être utile. Même si, et là je vous rejoins, cela ne sera sans doute pas la solution miracle qui va permettre de remplacer tous les antibiotiques. Mais tout ce que nous pouvons diminuer comme consommation d'antibiotiques diminue évidemment les capacités de résistance aux antibiotiques.

**14.05 Philippe Blanchart** (PS): Madame la ministre, je me réjouis également de votre réponse qui va tout à fait dans le sens d'une volonté de réduction de l'utilisation des antibiotiques. Il est vrai que l'échec des antibiotiques entraîne de nombreux morts en Europe. On parle de 25 000 décès par an. On estime que cela peut passer à 10 millions de personnes en 2050. C'est un véritable enjeu. Nous sommes pionniers en la matière. Il faut rappeler, en effet, qu'il y a également de plus en plus de bactéries dans ce que nous mangeons, ce qui accélère ce phénomène.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**15 Questions jointes de**

- **M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement par l'INAMI des examens IRM effectués par les machines 'non agréées'" (n° 11958)**

- **Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les appareils d'imagerie illégaux" (n° 12567)**

**15 Samengevoegde vragen van**

- **de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling door het RIZIV van MRI-scans die met behulp van 'niet-erkende' toestellen werden gemaakt" (nr. 11958)**

- **juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "onwettige beeldvormingstoestellen" (nr. 12567)**

**15.01 Damien Thiéry** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je pense que vous avez déjà été interpellée à l'une ou l'autre reprise dans ce dossier. Depuis quelques années, l'INAMI, les ministres de la Santé et les radiologues collaborent afin de diminuer le nombre de scans et – c'est le plus important – l'exposition aux irradiations iatrogènes. Plusieurs campagnes dont celle intitulée "pas de rayons sans raisons" – qui est une superbe campagne assez percutante – ont été lancées afin de limiter le nombre d'examens inutiles. Cette diminution du recours au CT-scan entraîne une augmentation des IRM. Le nombre de machines IRM agréées n'étant pas suffisant, de nombreux hôpitaux réalisent ces examens avec des machines "grises", c'est-à-dire non agréées.

En raison du manque de machines agréées disponibles et malgré les dispositions de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994, les ministres de la Santé publique ont, jusqu'ici, permis le remboursement des IRM réalisés par des machines non agréées.

En choisissant d'appliquer l'article 64 de ladite loi de manière beaucoup plus ferme, les examens IRM réalisés via les machines non agréées ne seront à présent plus remboursés par la sécurité sociale. Les hôpitaux ne disposeront donc plus des moyens matériels suffisants pour effectuer les examens IRM nécessaires.

Madame la ministre, ne craignez-vous pas que cette situation entraîne une ré-augmentation des CT-scans? Ceci irait non seulement à l'encontre des politiques menées dans le cadre d'une diminution de ce type d'examen, mais en outre n'entraînerait pas de diminution des coûts pour la sécurité sociale, alors que c'était un des objectifs recherchés.

Tenant compte des risques clairement mis en évidence par les radiologues, ne pensez-vous pas qu'il serait plus prudent d'attendre les résultats de l'analyse du cadastre des appareils lourds lancé en janvier 2016 avant d'envisager l'application formelle et stricte de l'article 64 de la loi de 1994?

**15.02 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, als ik mij niet vergis, is deze vraag al vrij uitvoerig aan bod gekomen in de commissievergadering van twee weken geleden. Mochten er nog aspecten zijn die toen niet aan bod kwamen, dan mag er nu een antwoord op komen, maar ik moet het antwoord dat u toen hebt gegeven nog gedetailleerd lezen. Het leek mij echter vrij uitvoerig te zijn. Ik denk niet dat een van de vragen die ik toen had onbeantwoord is gebleven.

**15.03 Minister Maggie De Block:** Het antwoord gaat in dezelfde lijn, maar het is nog wat gedetailleerder, bijvoorbeeld inzake het aantal MRI-toestellen dat om een of andere reden nog geen nummer heeft.

Monsieur Thiéry, je souhaite vous signaler au préalable que dans le protocole d'accord en matière d'imagerie médicale du 24 février 2014, il a notamment été convenu une extension programmée du nombre

d'appareils RMN de 12 appareils supplémentaires à court terme (7 en Flandre et 5 en Wallonie). Une extension supplémentaire de ce programme est possible à condition que le nombre d'examens CT-scan diminue.

En ce qui concerne l'attestation d'examen RMN, nous attirons votre attention sur le fait que depuis 1999, les attestations d'examen RMN ne sont possibles que si les prestations sont réalisées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic dans un service agréé disposant d'un appareil RMN agréé et de certains non agréés. Jusqu'à présent, il n'était toutefois pas possible de refuser *a priori* un remboursement par des organismes assureurs, parce qu'il était impossible d'établir explicitement avec quel appareil un examen était réalisé. Certains services possédant un agrément disposent actuellement de plusieurs appareils.

Le protocole d'accord susmentionné stipule également l'établissement d'un cadastre national d'appareils. Ce cadastre national vient d'être opérationnalisé et reprend tous les appareils pour lesquels est reçue une mention de l'exploitant. Il est mentionné dans ce cadre si l'appareil dispose ou non d'une autorisation de l'AFCN et d'un agrément de la Communauté compétente. Si le dossier n'est pas en ordre parce que les autorisations ou agréments nécessaires n'ont pas été reçus, aucune suite ne pourra être donnée au dossier, ce qui veut dire qu'en exécution du protocole d'accord et en exécution de l'article 64, § 1 de la loi relative aux soins de santé, aucun numéro de facturation ne sera attribué par l'INAMI à ces appareils.

Un appareil non agréé sera donc repris dans le cadastre national, mais sans numéro de facturation INAMI. Ce numéro de facturation unique par appareil est désormais obligatoire lors de la facturation des prestations, notamment pour les examens RMN.

Le cadastre national nous apprend combien d'appareils RMN non agréés sont enregistrés actuellement et quelle est leur répartition géographique. Vu la nouvelle réglementation relative à la facturation, l'INAMI pourra vérifier si un examen a été attesté à bon droit ou pas.

En ce qui concerne vos questions, premièrement, si les directives pour l'imagerie médicale sont appliquées, le nombre d'examens CT-scan doit diminuer. Actuellement, ce nombre est encore très élevé en Belgique et augmente encore d'année en année malgré le fait que le nombre d'appareils RMN est en progression continue.

Dans un examen ciblé sur l'application de ces directives en ce qui concerne l'imagerie médicale, on a constaté dans un échantillon que 70 % des examens CT de la colonne vertébrale ne sont pas prescrits conformément aux directives, ainsi qu'une sur-utilisation de 12 % pour la RMN. Pour les autres examens CT, il a également été constaté que la prescription ne respectait souvent pas les directives. Il y a encore une marge d'amélioration, à la fois en ce qui concerne les examens CT-scan mais aussi pour l'utilisation inappropriée de la RMN. Nous continuerons donc d'insister sur une prescription justifiée et des soins efficaces. Par ailleurs, dans le cadastre national dont nous disposons actuellement, figurent des appareils RMN sans autorisation.

L'arrêté royal du 26 mai 2016 publié le 31 mai en exécution de l'article 64, § 1 de la loi de santé et indemnités et qui intègre de nouvelles conditions de remboursement stipule que la réglementation entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2016. Il n'y a pas eu d'initiative pour supprimer à nouveau cette réglementation ni pour prévoir des mesures transitoires supplémentaires. Une bonne utilisation de l'imagerie médicale avec une extension par phase du nombre d'appareils RMN, comme convenu entre les autorités compétentes, est dans l'intérêt de chacun: les patients, les médecins, les autorités qui doivent également tenir compte des aspects budgétaires.

Mevrouw Van Camp, het kadaster voor medische beeldvorming bevatte op 17 juni twaalf NMR-toestellen die nog niet over een erkenning van de bevoegde deelstaatminister beschikten. Er zijn ook twee toestellen die wel een erkenning hebben ontvangen, alhoewel de programmatie voor de betrokken deelstaat reeds overschreden was. Tot slot maakt nog een aantal toestellen deel uit van het contingent van twaalf extra toestellen, waarin is voorzien in het protocolakkoord, die hun erkenning nog niet ontvangen hebben, maar die wel nog zullen ontvangen.

De komende maanden zal de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV vaststellingen ter plaatse doen om de gegevens van het kadaster te verifiëren. Daarnaast zal ook worden onderzocht welke juridische stappen ondernomen kunnen worden ten aanzien van scanners die niet conform de van kracht zijnde regelgeving blijken te zijn.

Het is te vroeg om uitspraken te doen over het aantal bedragen dat teruggevorderd zal kunnen worden, of over het aantal onderzoeken, maar het is een nieuw instrument en, zoals gezegd, beschikte de overheid tot voor kort niet over de gegevens of instrumenten om illegale scanners met zekerheid te lokaliseren en de uitgevoerde onderzoeken aan een bepaald toestel te linken.

Het kadaster voor medische beeldvorming en de toekenning van de facturatienummers per toestel zijn initiatieven die precies ontwikkeld werden met als doel het installeren en exploiteren van illegale scanners en het aan het RIZIV aanrekenen van onderzoeken uitgevoerd met die scanners, in de toekomst onmogelijk te maken. Er is binnen de administratie lang aan gewerkt, want – ik heb dit ook aan de heer Frédéric gezegd – het is een initiatief dat al een paar jaar geleden, onder mijn voorgangster, is gestart. Nu heeft men het gefinaliseerd. Het zal ons veel leren en het zal ons ook toelaten het aantal CT-scans naar beneden te krijgen. Oorspronkelijk was er sprake van 33 bijkomende NMR's. In het eerste deel van het protocolakkoord heeft men over twaalf gesproken, maar wat mij betreft, is het in het belang van de patiënt om meer NMR's te installeren en de CT's naar beneden te halen, alleen al omwille van de mindere belasting voor de patiënt, de goede kwaliteit van de beeldvorming en de zeer lage of bijna afwezige stralingsbelasting. Vanuit het oogpunt van de algemene volksgezondheid moeten wij daar niet licht over gaan.

**15.04 Damien Thiéry (MR):** Madame la ministre, merci pour votre réponse qui est extrêmement complète. Ai-je bien compris que le cadastre des appareils serait complet? Toutes les informations seraient donc disponibles aujourd'hui? Car, si mes informations sont bonnes, une des remarques relevait que les directions hospitalières n'avaient reçu le formulaire à remplir que dans le courant du mois de mars. On leur laissait donc peu de temps pour répondre.

Si le cadastre est complet, c'est évidemment, une excellente chose, qui permet d'avoir une vision plus claire et objective de la situation.

J'entends également qu'il va donc y avoir des contrôles dans les mois qui suivent. Est-ce à dire que d'ici la fin de l'année, nous aurons une vision claire et qu'on s'adaptera?

**15.05 Maggie De Block, ministre:** Étant donné que l'obligation de travailler avec un numéro enregistré n'est entrée en vigueur qu'au 1<sup>er</sup> juin, ce n'est qu'à partir de ce mois-ci que nous pouvons commencer les contrôles sur la base du cadastre. Les intéressés avaient un délai de trois mois pour s'y inscrire.

**15.06 Damien Thiéry (MR):** Madame la ministre, je ferai une dernière remarque. Dans le milieu, certains estiment qu'il serait intéressant d'analyser finement les résultats du cadastre et de revoir le financement, qui remonte à plus de vingt ans, en faveur d'une dotation par centre qui semblerait plus logique qu'un financement par machine. C'est, bien entendu, une question de conception. Voilà, en tout cas, l'avis de plusieurs radiologues, dont je tenais à informer le cabinet.

**15.07 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, ik dank u voor het initiatief of toch voor het voortzetten van wat al in de vorige legislatuur was beslist. Het wordt nu tenminste uitgerold. Wij zullen nu tenminste een zicht krijgen op de problematiek. Wij kunnen de maatregelen, waarbij wij hebben aangedrongen op het laten dalen van het aantal CT-scans en de bestralingen die daarmee gepaard gaan, alleen maar toejuichen.

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

La **présidente:** La question n° 12034 de Mme Kattrin Jadin ainsi que les questions n<sup>os</sup> 12055, 12056 et 12063 de Mme Renate Hufkens sont transformées en questions écrites.

**16 Question de Mme Vanessa Matz à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la chicha" (n° 12067)**

**16 Vraag van mevrouw Vanessa Matz aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de waterpijp" (nr. 12067)**

**16.01 Vanessa Matz (cdH):** Madame la présidente, madame la ministre, un bar à chicha va bientôt ouvrir à Waremmé, ce qui interpelle de nombreux citoyens, notamment de cette commune. Or, comme l'indique le

SPF Santé publique sur son site internet: "Beaucoup de personnes pensent que la pipe à eau est moins nocive que les produits à fumer classiques. Rien n'est moins vrai. Le tabac à chicha contient tout autant de substances nocives comme du goudron et de la nicotine. Les fumeurs de chicha inhalent en outre plus longuement et plus profondément la fumée, de sorte que par comparaison avec des fumeurs de cigarettes, ils absorbent une quantité plus élevée de ces substances."

Les chichas (ou pipes à eau) sont considérées comme des produits du tabac et sont donc soumises à la législation belge des produits du tabac et à l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Madame la ministre, quels sont les résultats des derniers contrôles menés par le Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique? Disposez-vous de données concernant spécifiquement les bars à chicha? Dans l'affirmative, constate-t-on une évolution dans les résultats de ces contrôles, ces dernières années? Le Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique a-t-il reçu des plaintes ayant trait à la chicha? Dans l'affirmative, quelles étaient les raisons de ces plaintes et celles-ci étaient-elles nombreuses?

**16.02 Maggie De Block**, ministre: Madame Matz, le Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique a déjà reçu plusieurs plaintes concernant la consommation de narguilé dans des établissements horeca. Les plaintes sont enregistrées auprès du SPF Santé publique selon le type d'infraction, par exemple fumer dans l'horeca. Les plaintes relatives à la consommation de tabac dans les bars à chicha relèvent dès lors de cette catégorie générale.

Il est impossible de ventiler les plaintes en fonction du type de tabac précisément fumé, mais le Service de contrôle Tabac et Alcool a ainsi verbalisé 12 bars à chicha en 2013, 32 en 2014 et 33 en 2015.

Les principales infractions sont les suivantes: le non-respect de la législation sur le tabac (par exemple, le fumoir est beaucoup trop grand); le non-respect de la législation sur le commerce de produits du tabac (les produits sont vendus en vrac et le sont, par conséquent, sans avertissement de santé ni timbre fiscal).

Dans le cadre de la nouvelle législation sur les produits du tabac, le tabac pour pipe à eau doit satisfaire aux mêmes exigences que la cigarette et le tabac à rouler. Il doit y avoir deux grands avertissements combinés avec des photos à l'avant et à l'arrière et deux avertissements sur le côté des paquets.

C'est peut-être une nouvelle mode. Je ne peux pas expliquer pourquoi tant de bars à chicha ouvrent chez nous.

**16.03 Vanessa Matz** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je me réjouis de voir que les services ont une attention particulière pour un phénomène dont vous venez de dire qu'il est en évolution. Il y a une forme d'idée selon laquelle fumer la chicha n'est pas nocif, que c'est "naturel". C'est bien là le danger de ce type de bars parce qu'on a l'impression qu'on peut fumer en ne respectant pas la législation sur les établissements publics et sur le secteur de l'horeca.

Je suis heureuse de voir que vous vous saisissez de ce problème qui est assez important, en fonction des procès-verbaux qui ont été dressés et des avertissements sur les produits qui sont vendus.

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

#### **17 Questions jointes de**

- **M. Benoît Piedboeuf à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les robots-chirurgiens" (n° 12079)**
- **Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours à la robotique dans les opérations chirurgicales" (n° 12390)**
- **M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation des robots-chirurgiens" (n° 12917)**

#### **17 Samengevoegde vragen van**

- **de heer Benoît Piedboeuf aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "operatierobots" (nr. 12079)**
- **mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "robotchirurgie" (nr. 12390)**
- **de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik**

## van operatierobots" (nr. 12917)

**17.01 Benoît Piedboeuf** (MR): Madame la ministre, la robotique se développe dans tous les secteurs, y compris au niveau médical. J'aurais voulu avoir votre avis sur les robots chirurgicaux, puisque ceux-ci deviennent à la mode, comme la chicha. Des médecins les réclament à cor et à cri, mais on sait que ces robots coûtent très cher à l'acquisition et à l'entretien.

Dès lors, en dehors d'une stratégie commerciale des firmes qui les vendent, madame la ministre, présentent-ils un véritable intérêt actuel pour le patient et une utilité réelle pour les chirurgiens? Quel est l'impact médico-économique en termes de traitement?

**17.02 Philippe Blanchart** (PS): Avec les progrès des technologies telle que l'imagerie informatique ou la micro-technique, nous sommes actuellement à une étape charnière de l'évolution chirurgicale. C'est dans ce cadre-là évidemment que les robots chirurgiens font leur apparition sur le marché. Certains hôpitaux en France en sont déjà équipés. Il s'agit d'un robot chirurgical composé d'une console d'où le chirurgien dirige les appareils avec des manettes. Il permettra d'éviter les grandes incisions qui laissent des cicatrices. En effet, il permet de passer par de petits orifices et d'avoir une vision en 3D agrandie quinze fois par rapport à ce que l'œil humain peut voir. L'appareil a une articulation supérieure à celle de la main. Cela engendra pour les patients moins de douleurs post-opératoires, moins de saignements et une hospitalisation plus courte.

Madame la ministre, où en est le développement de la robot-chirurgie dans notre pays? Certains hôpitaux belges utilisent-ils déjà cette technologie? Quels en sont les coûts et qu'en est-il de son accessibilité? Des études récentes ont-elles été réalisées sur son utilité et sur son efficacité? Une concertation avec les institutions de soins et les associations de patients a-t-elle déjà eu lieu dans ce cadre? Enfin, qu'en est-il de la formation des chirurgiens à l'utilisation de celle-ci? Des garde-fous seront sans aucun doute indispensables pour protéger le patient. Quelles mesures sont-elles, dès lors, envisagées pour encadrer la robot-chirurgie et garantir une qualité de soins optimale pour les patients?

**17.03 Maggie De Block**, ministre: Messieurs Piedboeuf et Blanchart, je vous remercie pour vos questions. En 2009 déjà, le Centre fédéral d'expertise en soins de santé a finalisé une étude de type Health Technology Assessment portant sur la chirurgie assistée par robot. Je vous invite à prendre connaissance du rapport KCE104B. Les principales conclusions et recommandations de l'étude sont les suivantes.

À l'époque, on comptait en Belgique au moins une vingtaine d'installations de chirurgie assistée par des robots. En termes de nombre d'installations par habitant, notre pays était ainsi classé en deuxième position mondiale après les USA et loin devant le reste de l'Europe. La technique consiste, pour l'opérateur qui se trouve dans la même salle que le patient, à commander des instruments chirurgicaux à distance. La procédure est très peu invasive en ce sens que les plaies chirurgicales sont réduites au minimum et que l'intervention se pratique par de petits orifices artificiels. Cette technologie offre au chirurgien une image agrandie en trois dimensions et des instruments très maniables qui évitent les tremblements. Elle est théoriquement très prometteuse et relativement sûre, à condition que l'équipe chirurgicale ait suivi une formation adéquate et soit bien entraînée. C'est la raison pour laquelle il convient de n'en permettre l'accès qu'aux équipes qui disposent de ces atouts. Leur nombre doit rester limité, de façon à leur permettre d'acquérir l'expérience nécessaire.

Lors de l'étude, le KCE a estimé qu'il n'est pas encore prouvé de manière satisfaisante que la chirurgie assistée par robot offre des avantages par rapport à la chirurgie classique. Pour les prostatectomies, il y a clairement une diminution des saignements, mais les autres avantages attendus comme le raccourcissement du séjour hospitalier ou de meilleurs résultats en termes d'incontinence ou d'impuissance – deux éléments importants pour le patient - ne sont pas démontrés de façon évidente.

La nomenclature ne prévoit actuellement que le remboursement de la chirurgie robot-assistée en cas de prostatectomie radicale. Une déclaration d'accord a été établie, afin de garantir l'expertise du prestataire ainsi que la qualité des soins. Cette déclaration définit le groupe-cible de patients et prévoit qu'aucun supplément ne peut être facturé au patient qui entre en ligne de compte et qui opte pour un hôpital ayant signé la déclaration d'accord.

En même temps, une intervention pour le matériel endoscopique et de viscérosynthèse est prévue. Je vous transmettrai les numéros de nomenclature par écrit, car ils sont plutôt longs. La prestation "Ensemble du matériel de consommation pour l'exécution de la prestation", dont je vous transmettrai également le numéro

de la nomenclature, "par chirurgie robotisée endoscopique" peut être attestée si l'intervention est effectuée à l'aide de la chirurgie robot-assistée et si les conditions de remboursement sont respectées.

Il n'est actuellement pas prévu d'étendre la chirurgie robot-assistée à d'autres prestations.

**17.04 Benoît Piedboeuf** (MR): Madame la présidente, je suis content de la réponse de la ministre. Elle est précise, claire et correspond à mon attente.

**17.05 Philippe Blanchart** (PS): Madame la présidente, je partage les propos de mon éminent collègue.

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

#### **18 Questions jointes de**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le virus zika" (n° 12268)**

- **Mme Sybille de Coster-Bauchau à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le virus zika aux Jeux olympiques de Rio de Janeiro" (n° 12362)**

#### **18 Samengevoegde vragen van**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zikavirus" (nr. 12268)**

- **mevrouw Sybille de Coster-Bauchau aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zikavirus en de Olympische Spelen in Rio de Janeiro" (nr. 12362)**

**18.01 Sybille de Coster-Bauchau** (MR): Madame la ministre, comme vous le savez, moins de deux mois nous séparent de l'ouverture des jeux olympiques à Rio de Janeiro. Comme tous les quatre ans, de nombreux touristes et athlètes du monde entier, dont des Belges, se rendront dans la ville-hôte afin de participer et d'assister à cette grande fête du sport. Il y aura aussi un invité non désiré qui est ce virus zika. Vous avez déjà répondu à de nombreuses interrogations sur ce sujet en février, mais entre-temps, l'OMS a sorti un rapport le 31 mai et il y a encore eu une consultation régionale au Portugal afin d'examiner les conclusions de l'évaluation des risques et de déterminer les besoins et lacunes des pays en matière de prévention et surtout de riposte. Tout au long du mois de mai, l'OMS n'a pas manqué de rappeler les risques d'éclosion du virus dans la zone "Europe" même si les risques sont limités.

En ce qui concerne les jeux olympiques, je voudrais savoir quelles sont les précautions particulières qui seront prises dans cette période. Je voudrais également savoir si vous avez prévu des procédures particulières si d'aventure un nombre anormalement élevé de nos concitoyens devait avoir été infecté par la maladie et que nous le découvriions seulement à leur retour en Belgique. Je sais évidemment qu'en termes de prévention, c'est au niveau des Communautés que les choses sont prévues, mais peut-être avez-vous prévu une action coordonnée au niveau des Communautés ou autre pour communiquer sur le sujet à destination des personnes désireuses de se rendre au Brésil en juillet et août.

**18.02 Maggie De Block**, ministre: Madame de Coster, comme nombre de ses voisins, la Belgique est directement concernée par l'épidémie d'infections Zika. Les chiffres du Centre national de référence sur les arboviroses, qui se trouve être justement l'Institut de médecine tropicale, font état de vingt-deux cas confirmés de Zika identifiés en Belgique au 10 juin dernier. Toutes ces personnes revenaient d'un séjour dans l'un des principaux pays affectés et n'ont manifesté que des symptômes mineurs de nature grippale. Enfin, aucun d'entre eux n'a présenté de complications et aucune femme enceinte n'en faisait partie. Ces cas ont tous été suivis. Les mesures nécessaires, d'ordre symptomatique, ont été prises.

Depuis le début de l'épidémie, la Belgique a adopté plusieurs dispositions en vue de relever son niveau de préparation et de répondre à cette urgence de santé publique de portée internationale. Parmi les mesures qui concernent plus particulièrement les femmes enceintes ou celles qui souhaitent le devenir, citons l'envoi dès le 2 février par le *risk management group* d'un courrier d'information adressé aux professionnels de la santé, y compris les gynécologues obstétriciens, ainsi que la publication le 13 juin par le Conseil supérieur de la Santé d'un avis sur l'épidémie Zika à la demande du *risk management group*. Cet avis, fondé sur les connaissances scientifiques les plus récentes en ce domaine contient entre autres plusieurs conseils adressés aux personnes de retour de l'un des pays ou territoires les plus affectés et plus particulièrement, des recommandations aux femmes enceintes, à celles désireuses de le devenir et à leur conjoint.

Différentes institutions ont publié et mettent régulièrement à jour des informations à destination des personnes qui envisagent de se rendre dans l'un des pays ou territoires affectés. C'est le cas du SPF Santé publique et du SPF Affaires étrangères, des cliniques de voyage de l'Institut scientifique de Santé publique ou encore, comme vous l'avez évoqué, de l'Institut de médecine tropicale.

Enfin, c'est la cellule *Public Health Emergency* qui assure le suivi quotidien de la situation tant en Belgique que sur le plan international pour le compte du SPF Santé publique.

En ce qui concerne la recherche et l'identification de cas en Belgique, de nombreuses autres mesures ont été prises: l'évaluation générale du niveau d'alerte ou encore la recherche de vecteurs compétents sur le territoire national. Ces efforts s'inscrivent bien entendu dans le cadre d'une étroite collaboration tant avec les pays de l'Union européenne qu'avec la communauté internationale. En fonction de l'évolution de la situation en Belgique et à l'étranger, des mesures additionnelles pourront éventuellement être prises.

Concernant l'influence du virus Zika sur le déroulement de la grossesse, le Conseil supérieur de la Santé, dans son récent avis, s'est également penché sur la question. À la lumière des publications les plus récentes en la matière, la conclusion de nos experts est la suivante: on peut conclure, comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui a fait le point sur la situation le 31 mars 2016, que le consensus est suffisamment fort au sein de la communauté scientifique pour accepter le lien causal entre Zika et des anomalies fœtales. Ce lien est désormais considéré comme définitivement avéré pour la plupart des experts.

Pour l'instant, toutes les mesures pouvant être prises l'ont été. Le fait est que le trafic est plus important à cause des jeux olympiques. Le nombre de malades peut augmenter. La commission de l'information en a discuté et son avis est qu'on ne peut que prévenir de ne pas y aller mais au retour, il faudra quand même soigner les malades. Heureusement, il n'y a aucune comparaison à faire avec Ebola. Ebola est mortel. Dans ce cas-ci, le risque est important pour les femmes enceintes surtout.

**18.03 Sybille de Coster-Bauchau (MR):** Je vous remercie pour votre réponse complète.

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

La **présidente**: Je vous propose quelques minutes de pause pour permettre à la ministre de répondre à une interview.

Nous reprendrons ensuite avec les questions de Mme Jiroflée et de M. Calomne.

Entre-temps, je peux vous dire que les questions jointes n° 12123 de Mme Muylle et n° 12396 de Mme Van Peel sont transformées en questions écrites. La question n° 12127 de Mme Van Hoof est reportée. Les questions n° 12132 de M. Senesael et n° 12137 de Mme Jadin sont transformées en questions écrites, ainsi que les questions n° 12228 et n° 12431 de Mme Thoron. La question n° 12288 de Mme Fonck est reportée.

Sont également transformées en questions écrites:

- la question n° 12349 de M. Friart,
- les questions n° 12446 et 12583 de Mme Muylle,
- la question n° 12464 de M. Senesael.

**18.04 Damien Thiéry (MR):** Madame la présidente, serait-il possible de reporter les questions de M. Flahaux (n<sup>os</sup> 12232 et 12556) car ce dernier a dû partir en urgence?

La **présidente**: Ce sera fait.

**18.05 Yoleen Van Camp (N-VA):** Zijn de antwoorden van de vragen die vandaag aan de agenda zijn toegevoegd, al voorbereid?

**18.06 Medewerkster van de minister:** De laatste niet.

**18.07 Yoleen Van Camp (N-VA):** (...) Ik wil mijn vragen gerust laten omzetten, als ik de antwoorden

meekrijg. Ik wacht al twee weken op de antwoorden op mijn vorige vragen. Dan kan ik beter afwachten tot de volgende commissievergadering en ze daar stellen. Dan gaat het nog sneller.

La **présidente**: Vous pourriez lui donner les réponses?

**18.08 Medewerkster van de minister**: Ja.

La **présidente**: Vous me direz lesquelles sont transformées en questions écrites.

S'agit-il de toutes vos questions?

Welke vragen?

**18.09 Yoleen Van Camp** (N-VA): Vragen nrs 12636, 12655, 12656 en 12660.

La **présidente**: C'est noté, madame Van Camp.

Les questions n<sup>os</sup> 12723, 12758 et 12759 de Mme Cassart-Mailleux sont également transformées en questions écrites.

#### **19 Questions jointes de**

- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en place d'un protocole d'action dans la détection de la maltraitance infantile" (n° 12225)

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maltraitance d'enfants" (n° 12253)

- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la détection de la maltraitance infantile" (n° 12343)

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le problème de la maltraitance d'enfants" (n° 12397)

#### **19 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een actieprotocol voor de detectie van kindermishandeling" (nr. 12225)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kindermishandeling" (nr. 12253)

- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het opsporen van kindermishandeling" (nr. 12343)

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problematiek van kindermishandeling" (nr. 12397)

La **présidente**: Mme Jadin et Mme Van Peel sont absentes.

**19.01 Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik denk dat ik een open deur intrap als ik stel dat wij de correcte omvang van kindermishandeling in ons land niet echt kennen. Om de detectie van kindermishandeling te verbeteren, werd aan het KCE een studie gevraagd.

Het KCE doet naar aanleiding van de studie een achttiental beleidsaanbevelingen. Een van de problemen is dat de registratie van kindermishandeling niet gebundeld wordt bijgehouden en dat de verschillende vertrouwenscentra ook verschillende registratiesystemen hanteren. Ik heb dat aan den lijve mogen ondervinden toen ik gedeputeerde was. Wij wilden beide vertrouwenscentra in onze provincie steunen en het was hallucinant om te zien hoeveel verschil er was, gewoon door een verschillende manier van registreren.

Wat mij het hardste trof in die studie, is het feit dat slechts 2 tot 3 % van de meldingen van huisartsen komt. Men geeft daarvoor een aantal redenen op. Een van die redenen is dat de huisartsen weinig vertrouwen hebben in de bestaande structuren en diensten, omdat zij weten of veronderstellen dat deze overbelast zijn.

In de marge van die studie konden wij in de pers lezen dat de deskundige kinderpsychiater Peter Adriaenssens pleit voor forensische kinderartsen.

Mevrouw de minister, wordt dit thema op de agenda van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid geplaatst, zoals aanbevolen door het KCE?

Denkt u, net als het Kenniscentrum, in de richting van een betere opleiding van de huisartsen en andere zorgverleners op dat vlak en/of de invoering van de zogenaamde *child check*?

Wat denkt u van het ballonnetje opgelaten door Peter Adriaenssens in verband met forensische kinderartsen?

**19.02 Gautier Calomne** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, comme ma collègue l'a rappelé, en 2014, de nombreuses plaintes pour maltraitance infantile ont été déposées en Belgique. Les chiffres font état d'environ 13 000 plaintes. Or, selon un rapport récent du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) consacré à la détection de ces maltraitances, ces chiffres ne seraient que la partie émergée de l'iceberg. Il semblerait en effet, malheureusement, que la maltraitance infantile soit sous-détectée en Belgique. Le rapport pointe particulièrement le rôle des médecins généralistes et des professionnels de la santé qui, selon les termes de ce rapport, "signalent rarement des cas de maltraitance": 3 % des signalements de violence envers les enfants seraient le fait des généralistes, alors que les professionnels de la santé sont, quant à eux, à l'origine de 9 % des plaintes en Fédération Wallonie-Bruxelles et de 20 % des plaintes en Flandre. Selon le KCE, "des réticences et une mauvaise connaissance du système judiciaire seraient à l'origine de la faiblesse des taux exposés". À cela s'ajoute le fait que bon nombre de médecins auraient peur de poser un mauvais diagnostic parce qu'ils estiment ne pas toujours savoir bien interpréter des signes de violence.

Dans son rapport, le KCE a émis plusieurs recommandations pour améliorer la détection: mettre en place des protocoles d'action concrets afin d'aider les médecins généralistes et les pédiatres dans leur tâche, en leur donnant des numéros d'organismes à appeler en cas de doute; adjoindre si nécessaire aux médecins les compétences d'un médecin légiste formé à déceler des traces de violence; ajouter à la formation des prestataires de soins de santé des cours pour communiquer avec les familles, pour aborder ce sujet et trouver des solutions; ou enfin créer des structures d'accueil pour les jeunes enfants et allouer davantage de moyens aux structures spécialisées.

Madame la ministre, la maltraitance infantile est une problématique qui doit être au cœur de nos préoccupations et nous mobiliser toutes et tous. Il est important de travailler à l'amélioration de sa détection.

Madame la ministre, quel regard portez-vous sur les conclusions de ce rapport ainsi que sur les recommandations qui y sont émises? Quelles pistes de solution recueillent-elles à ce stade votre préférence et quelles sont celles pour lesquelles vous auriez éventuellement des réserves? Quelles actions concrètes avez-vous déjà retenues pour améliorer la détection de la maltraitance infantile? Quel est l'état des concertations à ce sujet entre vos services et ceux des autorités communautaires? Enfin, avez-vous entamé une concertation avec les acteurs de la santé sur cette problématique?

**19.03 Maggie De Block**, ministre: Monsieur Calomne, madame Jiroflée, en Belgique nous ne disposons pas de données chiffrées centralisées concernant la prévention de la maltraitance d'enfants.

Cependant, cette problématique est abordée dans l'enquête de santé faite par l'Institut scientifique de Santé publique. Il en est ressorti que 4,6 % des personnes de plus de quinze ans déclarent avoir été victimes de l'une ou l'autre forme de violence, et que dans 4,2 % des cas, cela s'était produit au travail ou à l'école.

Het KCE-rapport nr. 269 formuleert inderdaad een aantal aanbevelingen in de strijd tegen kindermishandeling.

Het zwaartepunt van die aanpak ligt bij de deelstaten. Het gaat immers over de bijstand aan gezinnen en kinderen, de bijzondere jeugdbijstand, de jeugdbescherming, en de juridische eerstelijnsbijstand, wat allemaal bevoegdheden van de Gemeenschappen zijn. Na de zesde staatshervorming werd ook de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg overgeheveld. Traditioneel focussen de deelstaatoverheden bij kindermishandeling op de welzijnsdiensten en de geestelijke gezondheidszorg. Die focus kan nu worden verruimd met de focusgroep van de eerstelijns, waaronder de huisartsen.

Domus Medica en la Société Scientifique de Médecine Générale hebben al inspanningen geleverd om duidelijke richtlijnen tot stand te brengen hoe een arts of huisarts mishandeling kan opsporen en hoe hij

vervolgens dient op te treden.

Artsen hebben dus een instrument ter beschikking om kindermishandeling op te sporen. Het is mogelijk dat die tools nog te weinig bekend zijn bij sommige artsen. Zoals ik u meedeelde, moeten mijn collega's in de deelstaatregeringen zich daarover nu buigen.

Het KCE-rapport maakt voorts gewag van een conflict tussen het beroepsgeheim van de arts en de meldingsplicht ten aanzien van personen in nood. Het verdient inderdaad een breed debat om uit te maken of het probleem ligt bij de huidige bepalingen van het Strafwetboek.

Op dit moment kan men al de procureur des Konings inlichten wanneer er een ernstig of dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of psychische integriteit van het slachtoffer of wanneer andere minderjarigen het slachtoffer kunnen worden.

Bovendien stelt artikel 422*bis* van het Strafwetboek dat men verplicht is hulp te verlenen aan personen in nood. In principe weerhoudt niets een arts ervan om alles te ondernemen, zodat het kind wordt beschermd en de zorg krijgt die het moet hebben. Bij vermoeden van mishandeling moet men zich ervan verzekeren dat het kind zich niet in een dergelijke spiraal bevindt.

Overigens dienen wij op het vlak van psychosociale opvang van die kinderen te melden dat de vorig jaar opgestarte netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voortbouwen op de bestaande samenwerking tussen de jeugdmagistratuur, de bijzondere jeugdbijstand en het vertrouwenscentrum. Er werden bijvoorbeeld reeds mensen vanuit het vertrouwenscentrum tewerkgesteld in de mobiele werkingen, die werden versterkt met het vrijgemaakte budget om de hervorming, die ik hier vorig jaar reeds heb toegelicht, echt een kans te geven.

Concreet betekent het dat de geestelijke gezondheidszorg van de betrokken kinderen en jongeren integraal binnen het beschermingstraject van de netwerking moet worden meegenomen. De aansturing hiervan zal natuurlijk bij Jongerenwelzijn liggen. Ik denk specifiek aan traumaverwerking, angststoornissen en hechtingsstoornissen door uithuisplaatsingen.

De ingezette hervorming inzake kinderen en adolescenten biedt dus veel kansen om de gewenste expertise van de geestelijke gezondheidszorg aan te wenden.

De kwestie is nog niet geagendeerd op de Interministeriële Conferentie, maar informele contacten zijn er wel al geweest. Zoals ik al zei, zijn er ook vele contacten geweest met het oog op het implementeren van de netwerken inzake geestelijke gezondheidszorg.

De belangrijkste instrumenten bevinden zich op het niveau van de deelstaten. Dan denk ik aan onderwijs, sociale hulp en justitiële eerstelijnsbijstand.

Ik meen dat het logisch zou zijn dat een van de Gemeenschappen het moment gebruikt om het punt op de Interministeriële Conferentie te agenderen. Waarin wij deels kunnen meegaan, hebben wij via de Gids naar een nieuwe geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten bekendgemaakt. Over de punten waarvoor wij niet bevoegd zijn, kan ik natuurlijk niet zoveel zeggen.

**19.04 Karin Jiroflée** (sp.a): De meeste bevoegdheden liggen inderdaad bij de deelstaten. Toch meen ik, lezend dat het om 2 % of 3 % van de huisartsen gaat, dat het logisch is dat wij ook aan u vragen hier alert voor te zijn. U kunt het eventueel, als overkoepelend minister, zo zal ik maar zeggen, ter sprake brengen op de Interministeriële Conferentie.

Het klopt dat er een aantal tools bestaan. Ik heb altijd de indruk dat er nog niet genoeg coördinatie bestaat op het veld om een en ander in goede banen te leiden. Ik blijf ontsteld over het aantal huisartsen dat zich verschuilt achter het beroepsgeheim, terwijl er mensen in nood zijn.

Misschien moet er een krachtig signaal komen. Dit was eigenlijk het doel van mijn vraag, u aan te zetten dat krachtig signaal te geven.

U hebt niets gezegd over het idee van de forensische kinderartsen, denk ik.

**19.05** Minister **Maggie De Block**: Dat behoort ook niet tot mijn bevoegdheid. Dat is een bevoegdheid van Justitie.

**19.06** **Gautier Calomne** (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

La **présidente**: Vu les compétences croisées en la matière, il est important de centraliser les données.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**20** **Question de M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des organisations représentatives des kinés" (n° 12373)**

**20** **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de representatieve organisaties van de kinesitherapeuten" (nr. 12373)**

**20.01** **Damien Thiéry** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, les élections pour le secteur des kinésithérapeutes prévues en 2016 n'ont pas eu lieu. Une seule organisation professionnelle (Axxon) a été reconnue représentative. Les mandats dévolus au secteur de la kinésithérapie dans les organes de l'INAMI seront donc attribués à Axxon, Physical Therapy in Belgium.

L'Union des Kinésithérapeutes de Belgique déplore un changement de dernière minute qui aurait raccourci le délai de comptage et l'affiliation des membres de douze mois au lieu de quinze. Ce changement lui aurait porté préjudice dans le processus pour être reconnue comme organisation représentative, et donc officielle des kinésithérapeutes.

Madame la ministre, pouvez-vous nous faire la clarté sur le comptage de l'affiliation des membres? Confirmez-vous un changement de dernière minute dans la reconnaissance des organisations professionnelles? Est-il exact que le délai de comptage et l'affiliation des membres ont été portés de quinze à douze mois? Si tel est le cas, cela a des implications!

**20.02** **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Thiéry, je vous explique le contexte de la comptabilisation des membres dans le cadre de la reconnaissance de la représentativité des organisations professionnelles des kinésithérapeutes.

Une des conditions de représentativité est que l'organisation professionnelle doit compter pour l'année civile précédant celle des élections au moins 1 000 membres kinésithérapeutes affiliés individuellement, répertoriés par l'INAMI, qui sont en ordre quant au paiement des cotisations minimales. J'insiste ici sur le fait qu'il s'agit bien de l'année civile précédant celle des élections. Une organisation de défense professionnelle qui fonctionne normalement perçoit des cotisations minimales régulières. Cette exigence empêche de voir se présenter à court terme des candidatures fantaisistes, à visée purement électoraliste, d'organisations qui n'auraient qu'un but électoraliste éphémère ne correspondant à aucune réalité de terrain.

L'organisation professionnelle qui souhaite participer aux élections doit envoyer une demande de reconnaissance en tant qu'organisation représentative des kinésithérapeutes, accompagnée des données relatives aux conditions de représentativité, notamment une liste informatisée des membres qui sont en ordre de paiement des cotisations minimales.

Afin de vérifier si les organisations professionnelles candidates aux élections sont représentatives, les attachés-inspecteurs sociaux du Service du contrôle administratif de l'INAMI se rendent au siège administratif des organisations professionnelles, accompagnés par un huissier de justice désigné par l'INAMI. Les attachés-inspecteurs sociaux dressent les procès-verbaux de constatation, qui sont remis au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé. Celui-ci notifie par la suite sa décision sur la représentativité des organisations candidates.

Certains aspects de cette procédure des élections ont été adaptés par rapport aux dispositions antérieures, entre autres sur le vote électronique et la comptabilisation des membres.

Désormais, les organisations professionnelles doivent compter 1 000 membres par année civile précédant celle au cours de laquelle la liste électorale est dressée. Pour les élections de 2012, le comptage s'est

effectué à la date de la transmission de la demande.

Ce système est donc passé d'un comptage à un jour fixé à un système avec un comptage sur une année civile, afin de rendre la comptabilisation plus claire. Il ne s'agit pas ici d'une modification de dernière minute. En effet, la même adaptation a été effectuée au niveau de l'arrêté royal du 25 février 2015 concernant les conditions de représentativité des praticiens de l'art dentaire. Cette manière de comptabiliser les membres dans le cadre des conditions de représentativité a donc été appliquée pour les élections des dentistes déjà en 2015.

**20.03 Damien Thiéry (MR):** Madame la ministre, la situation est malgré tout un peu délicate. Je vous comprends très bien et je vous remercie pour les informations complémentaires que vous avez données. Vous dites qu'il n'y a pas eu de changement de dernière minute. Cependant, je constate tout de même ceci: avec le passage de quinze mois à douze mois de temps d'inscription et d'affiliation – encore faut-il faire la différence entre les deux – on a relevé, en tous cas d'après les calculs de l'Union des Kinésithérapeutes de Belgique, que cette diminution de trois mois correspondait à un manque d'inscription de membres de l'ordre de 240. Ils avaient une liste de 1 100 membres; cela signifie qu'ils se retrouvent à 860 ou 870, et c'est exactement ce qui a été constaté par l'INAMI. Du coup, cette association ne peut pas être représentée. Cela est évidemment gênant, d'autant plus lorsque l'on tient compte de la situation chez Axxon, où l'on compte 1 000 membres ou plus. Cela signifie que d'un côté, on a 1 000 ou 1 100 membres, et de l'autre côté, on en a 840, et qu'il n'y a aucun représentant pour les 840 de l'Union des Kinésithérapeutes de Belgique.

Je comprends bien l'implication légale, mais quelque chose ne va pas dans le système. S'il était démocratique, il y aurait au moins une représentation, même si elle est moindre, des deux organisations.

La barre a été mise à 1 000 membres. Or, il y a une différence de mentalité très importante aussi entre le Nord et le Sud. Le kinésithérapeute, au Nord, cotise alors qu'au Sud certains ne paient pas leur cotisation (ils sont membres adhérents). C'est pourquoi ils ne sont ni repris, ni comptabilisés. D'où le problème auquel nous sommes confrontés. Je proposerais donc de descendre le nombre de membres cotisants par fédération à 500 ou 750.

Ici on est juste à un niveau charnière. À 100 membres près, les deux associations auraient été représentées. Je comprends que certains y voient de l'injustice. Le but n'est pas d'en faire un problème communautaire. Il faut éviter les dérives qui s'ensuivraient. Mais pour le futur, il faudrait peut-être envisager une représentation des deux organisations, même si elle n'est que d'un tiers - deux tiers.

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

La **présidente**: La question n° 12430 de M. Senesael est reportée.

**21 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "knie- en heupprotheses" (nr. 12449)**

**21 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les prothèses de la hanche et du genou" (n° 12449)**

**21.01 Karin Jiroflée (sp.a):** Mevrouw de minister, in 2014 werden in ons land 24 000 knie vervangingen en 25 000 heup vervangingen uitgevoerd. Het aantal heup vervangingen per 100 000 inwoners bedroeg in 2014 gemiddeld 205 eerste vervangingen en 24 revisies, nieuwe operaties dus. België zit daarmee in de mondiale top 5 van landen met het hoogste aandeel aan heup vervangingen, samen met Duitsland, Oostenrijk, Zweden en Finland.

Voor de knie vervangingen is er een gelijkaardig beeld, per 100 000 inwoners 201 voor de eerste vervangingen en 15 voor revisies in 2014. Hier is België bij de vier landen met de meeste vervangingen per 100 000 inwoners, samen met Oostenrijk, Finland en Duitsland. Dat zijn cijfers die blijken uit het nationaal register. Er is bovendien een grote verscheidenheid in de kostprijs. Naargelang het ziekenhuis varieert de kostprijs ten laste van de patiënt voor een heup vervanging van minder dan 700 euro tot bijna 4 000 euro.

Mevrouw de minister, ik had graag uw mening daarover gehoord. Zijn de hoge cijfers te wijten aan ons systeem van prestatiefinanciering? Raden artsen te snel een operatie aan uit angst dat de patiënt anders een andere arts opzoekt, zoals er gesuggereerd werd? Is er te weinig preventie doordat patiënten zelf veel

te snel opteren voor een prothese, terwijl er toch nog andere mogelijkheden zijn? Met andere woorden, moet er een mentaliteitswijziging komen bij de artsen? Ik vroeg me af of u deze problematiek verder opneemt. Bent u van plan om daarvoor iets te ondernemen?

**21.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Jiroflée, ik meen dat het rapporten van het Qermid-register zijn die onlangs via de media bekend geraakt zijn. Het is wellicht naar aanleiding hiervan dat u uw vraag stelt.

Het is effectief zo dat de prothesechirurgie in ons land tot de koplopers in Europa behoort. U suggereert dat het misschien te maken heeft met de geestesgesteldheid van de artsen en het model van de prestatiefinanciering. Men kan ook een andere invalshoek nemen. Het zou kunnen dat de lage drempel voor prothesechirurgie in ons land de mogelijkheid biedt om bij patiënten vroeger de diagnose van ernstige gewrichtslijtage te stellen en over te gaan tot vervanging van het gewricht. We weten immers dat de tijdige plaatsing van een knie- of heupprothese een vroegtijdige invaliditeit vermijdt en dat de patiënt ook vlugger terug mobiel is.

Al bij al is dit een ernstige ingreep en ik denk niet dat een patiënt, noch een arts, zomaar tot het plaatsen van een prothese overgaat als dat niet nodig is. U weet ook dat de leeftijd van de patiënt een rol speelt, want die protheses gaan wel langer mee, maar toch ook niet zo lang; daarom mogen ze niet te vroeg worden geplaatst. Een en ander moet bij elkaar worden gebracht.

In elk geval, het feit dat wij zo hoog in die lijst staan verdient een nader onderzoek. Ik zal de Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie vragen om dit te onderzoeken, zodat daaruit eventueel de juiste conclusies of aanbevelingen kunnen worden gedistilleerd.

**21.03** **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Naar aanleiding van dat persartikel ben ik inderdaad verder gaan graven. Ik was verbaasd over de cijfers die ik daarbij vond.

Het kan zijn dat er een andere mogelijkheid is en dat is precies de reden waarom ik de vraag stelde. Ik heb ook verhalen gehoord van artsen die er gemakkelijk overheen gaan. Het is inderdaad een zware ingreep. Toch stellen bepaalde dokters het voor alsof er alle heil van mag worden verwacht. Het zou volgens hen ook niet te ernstig te nemen zijn.

Die vaststelling, samen met de cijfers, doet mij deze vraag stellen. Ik meen dat dit moet worden onderzocht en daarom ben ik blij dat u dit aankondigt. Ik meen dat er inderdaad twee mogelijke verklaringen zijn, maar de problematiek lijkt mij ernstig genoeg, zowel voor de ziekteverzekering als voor de patiënt zelf, om een en ander onder de loep te nemen. Ik ben blij dat u dit blijkbaar van plan bent.

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

**22** **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de rol van de behandelende geneesheer bij de intrede tot arbeidsongeschiktheid" (nr. 12659)**

**22** **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rôle du médecin traitant lors de l'entrée en incapacité de travail" (n° 12659)**

**22.01** **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, de gestage toename van het aantal mensen in arbeidsongeschiktheid heeft recent geleid tot wat ik misschien kan betitelen als "paniekingrepen". Ik zeg dat omdat wij de indruk hebben dat er een beetje eenzijdig geremedieerd wordt wat het symptoom betreft, maar niet de oorzaak. Er is in dat verband al heel wat gezegd over de beoordeling van de adviserend geneesheer en de beoordeling door de RIZIV-artsen, maar de rol die voorlopig altijd een beetje buiten beeld blijft, is die van de behandelende geneesheer. Nochtans is het toch zij of hij die de arbeidsongeschiktheid voorschrijft.

Ik herinner mij een artikel in *Domus Medica*, waarin de zeer moeilijke positie van de huisarts in dit onderdeel van zijn werk wordt beschreven en de duale rol die hij heeft tussen, enerzijds, het bewaken van de gezondheidstoestand van zijn patiënt en, anderzijds, de verwachting van ziekteverzekeraars, werkgevers en de arbeidsgeneesheer om als een soort van expert, en misschien een beetje als doelwachter, op te treden. In dat artikel wordt het gebrek aan richtlijnen aangekaart en gepleit voor *evidence-based medicine*.

Begin jaren 2000 heeft toenmalig minister voor Sociale Zaken Frank Vandenbroucke voor het

voorschrijfgedrag van geneesmiddelen een systeem ingevoerd, waarbij het voorschrijfgedrag per arts in kaart wordt gebracht en in *peer groups* wordt besproken en onderzocht. Ik vraag mij nu af of het misschien geen mogelijkheid is om ook zo'n regeling in te voeren voor het voorschrijfgedrag inzake arbeidsongeschiktheid, waarbij dat voorschrijfgedrag wordt besproken in samenwerking met preventiediensten, diensten voor arbeidsrevalidatie en arbeidsgeneesheren. Dat hoeft daarom niet sanctionerend te zijn, maar het zou eventueel voor de behandelend huisarts toch wel een steun kunnen betekenen. Het is net die steun die zij vragen. Hoe staat u tegenover dit voorstel en denkt u eventueel aan dit soort van ondersteuning?

**22.02** Minister **Maggie De Block**: Dank u, mevrouw Jiroflée. Eerst en vooral moeten we het onderscheid maken tussen het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid in het kader van de wet betreffende de arbeidsovereenkomsten, enerzijds, en het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, anderzijds. Wat dit laatste betreft, werden recent verschillende initiatieven genomen om de samenwerking tussen de attesterende arts en de adviserend geneesheer te verbeteren.

Een eerste initiatief is het verbeteren van het getuigschrift voor arbeidsongeschiktheid. Sinds januari 2015 is het nieuwe getuigschrift van toepassing. Hierin wordt de attesterende arts gevraagd twee bijkomende gegevens mee te delen aan de adviserend geneesheer: ten eerste, de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid en, ten tweede, de eventuele codificering van de hoofddiagnose volgens ICPC-10.1 of ICD-10. Ten slotte wordt de attesterende arts gevraagd om in het getuigschrift zijn gegevens – telefoon en e-mail – te vermelden om ook te kunnen communiceren met de adviserend geneesheer. In 2017 wordt erin voorzien dat de attesterende arts dit getuigschrift elektronisch naar de adviserend geneesheer kan sturen.

Een tweede initiatief is een aanpassing van artikel 90 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, dat sedert januari 2000 bepaalt dat de adviserend geneesheer aan het RIZIV eveneens gegevens meedeelt over de primaire arbeidsongeschiktheid, waaronder gegevens over het getuigschrift en over de attesterende arts.

Momenteel staan andere initiatieven in de steigers, waaronder het creëren van een elektronisch communicatiekanaal tussen de arbeidsgeneesheer, de adviserend geneesheer en de werkgever. Het doel is ook daar om gegevens uit te wisselen die de werknemer de mogelijkheid moeten bieden zo snel mogelijk zijn werk of een meer aangepaste arbeid bij zijn werkgever te hervatten.

Wat richtlijnen inzake *evidence-based medicine* betreft, moet rekening worden gehouden met het feit dat arbeidsongeschiktheid een multifactorieel begrip is.

Het feit dat een persoon arbeidsongeschikt wordt als gevolg van een medische ethologie en de duur van deze arbeidsongeschiktheid worden mede bepaald door verschillende niet-medische factoren, waaronder de aard van het werk, de arbeidsomstandigheden, de opleiding van de betrokkene en andere persoonsgebonden factoren die worden samengevat in het Sherbrookemodel.

Dienaangaande wordt nu reeds aan de attesterende arts gevraagd om op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid professionele en sociale moeilijkheden te vermelden.

Tot slot, de organisatie van een peer review onder attesterende artsen. Sinds 2011 bestaat een financiering door het RIZIV van de LOK-vergaderingen, waar artsen onder elkaar de kwaliteit van hun voorschrijfgedrag inzake arbeidsongeschiktheid kunnen bespreken. Zij beschikken dus over een gefinancierd kader waarbinnen zij daaraan kunnen werken.

**22.03** **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor de elementen van antwoord. Dat maakt de zaken een stuk duidelijker.

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

### **23** Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage systématique de la mucoviscidose chez les nouveau-nés" (n° 12684)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la

**mucoviscidose" (n° 12693)**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage de la mucoviscidose chez les nouveau-nés" (n° 12789)

- M. Michel de Lamotte à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage systématique de la mucoviscidose chez tous les nouveau-nés" (n° 12793)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la conférence interministérielle sur la mucoviscidose" (n° 12861)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage néonatal de la mucoviscidose" (n° 12864)

**23** Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de systematische mucoviscidosescreening bij pasgeborenen" (nr. 12684)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "mucoviscidose" (nr. 12693)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neonatale screening op mucoviscidose" (nr. 12789)

- de heer Michel de Lamotte aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de systematische mucoviscidosescreening van alle pasgeborenen" (nr. 12793)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het interministerieel overleg over mucoviscidose" (nr. 12861)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mucoviscidosescreening bij pasgeborenen" (nr. 12864)

**23.01** **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ces questions concernent le dépistage systématique de la mucoviscidose chez les nouveau-nés. Nous avons tous été interpellés par l'Association Muco, association pour les personnes atteintes de mucoviscidose et leur famille. Depuis de longues années, celle-ci revendique ce dépistage systématique chez les nouveau-nés via un programme financé de manière structurelle.

L'Association Muco nous a expliqué que le dépistage systématique est important pour que ces enfants soient en meilleure santé. On s'aperçoit en effet que, lorsque ce dépistage est réalisé après l'âge de 2 mois, l'évolution est plus négative et que la santé de ces enfants est plus fragile. Chez nous, l'âge médian est de 8,2 mois pour ce dépistage. Dès lors, malgré les traitements, ces enfants restent plus fragiles. Au niveau européen, on recommande ce dépistage dans les 35 jours et en tout cas avant 58 jours après la naissance.

Un dépistage néonatal permettrait également de réduire la lourdeur du traitement et de maintenir le patient dans un meilleur état de santé dans l'espoir, la mucoviscidose étant à ce jour une maladie incurable, de pouvoir tenir le coup jusqu'à l'apparition d'une nouvelle génération de médicaments prometteurs, comme les modulateurs CFTR et de profiter dès lors de la recherche médicale.

D'un point de vue financier, le KCE a estimé l'impact budgétaire du dépistage néonatal à quelque 340 000 à 635 000 euros pour la réalisation de l'ensemble des tests (TRI, ADN et tests de la sueur). Une étude néerlandaise montre que le rapport coût-efficacité de ce dépistage néonatal varierait de 23 000 à 29 000 euros par année de vie gagnée. D'autres pays ont déjà intégré ce dépistage, à savoir l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis, les provinces canadiennes, la France, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, la Norvège, l'Autriche, l'Irlande, la Pologne, etc.

En 2010, le KCE a donné un avis positif à ce dépistage néonatal. En 2014, le groupe de travail intercabineaux "Maladies chroniques" s'est également penché sur le sujet. En 2015, à l'issue du Congrès européen de la mucoviscidose, le ministre flamand de la Santé a demandé de mettre le sujet à l'agenda de la Conférence interministérielle. Aujourd'hui, nous n'avons toujours pas de décision en la matière.

Sept centres de référence disposent de soins adaptés. Si ces enfants étaient dépistés plus tôt, ils pourraient être orientés plus rapidement vers ces centres de référence et disposer des traitements les plus adéquats.

Madame la ministre, quand et avec quelles procédures avez-vous prévu de mettre en place ce dépistage néonatal systématique de la mucoviscidose?

**23.02** **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, ik zal niet alles meer herhalen; mevrouw Gerken heeft het probleem immers goed geschetst.

Ik herinner toch nog even aan de grote voordelen van een dergelijke systematische neonatale screening: er zijn de positieve effecten op het gewicht, de groei en de longfunctie. Er worden ook minder hospitalisaties vastgesteld en men vermijdt vaker een diagnostische lijdensweg, omdat men heel snel kan zien waar men aan toe is. Ook de gezondheid blijft beter in afwachting van nieuwe therapieën die eraan komen en die het probleem op een veel grondigere manier zouden kunnen aanpakken. Ten slotte biedt de screening opportuniteiten voor nader onderzoek.

Ik heb begrepen dat een en ander in de interkabinettenwerkgroep Chronische Zieken wordt opgevolgd.

Wat is de stand van zaken in het dossier?

**23.03 Michel de Lamotte** (cdH): Madame la ministre, le contexte est planté par mes collègues. En 2010, le KCE publiait un avis intitulé *Dépistage systématique de la mucoviscidose chez tous les nouveau-nés: un oui conditionnel*. Le KCE y recommande un dépistage systématique chez tous les nouveau-nés à certaines conditions telles que l'autorisation des parents dûment informés, le contrôle de la qualité des tests de dépistage, l'exécution sélective des tests génétiques et la garantie d'un suivi de qualité. Le dépistage précoce peut conduire à une meilleure prise en charge de l'enfant concerné par l'un des centres de référence. Cela n'est plus à démontrer.

Madame la ministre, voici mes quelques questions qui se rajoutent à celles de mes collègues. Suite à cet avis, cette question a-t-elle été traitée au sein de la Conférence interministérielle Santé publique? Dans l'affirmative, pourriez-vous m'éclairer quant aux conclusions et aux décisions adoptées? Dans la négative, comptez-vous porter ce point à l'agenda de ladite Conférence? Je vous remercie pour l'ensemble des réponses que vous voudrez bien apporter aux questions émises lors de cette commission.

**23.04 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik kan het kort houden, want mijn collega's hebben reeds alles gezegd.

Ik kan daaraan toevoegen dat een voorstel resolutie is ingediend door Elke Van den Brandt van Groen en Bart Van Malderen van sp.a, die binnenkort behandeld wordt. Dus het Vlaams Parlement maakt al werk van een screening.

Ik heb dezelfde vragen als mijn collega's. Welk aandeel zal de federale regering op zich nemen? Welk standpunt neemt u in op basis van de meest recente gegevens? Wat is de stand van zaken op het federale niveau in verband met de Interministeriële Conferentie en de interkabinettenwerkgroep?

**23.05 Minister Maggie De Block**: Ik zou er toch aan willen herinneren dat de brede preventie, inclusief de screeningsprogramma's, valt onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen en Gewesten. Bijgevolg moeten zij ook beslissen over de organisatiemodaliteiten voor de screeningsprogramma's van de op te sporen ziekten voor pasgeborenen.

Concernant l'impact budgétaire des tests suivis, une concertation entre les entités fédérées et l'autorité fédérale sera nécessaire. Le 21 mars 2016, les entités fédérées et l'autorité fédérale ont signé un protocole d'accord en matière de prévention dont le dépistage des nouveau-nés est un thème prioritaire. Afin de mettre en œuvre ce protocole, des groupes de travail techniques seront mis en place pour examiner les modalités techniques des réalisations sur ce protocole. Ces groupes sont composés des administrations fédérées et fédérales et, si nécessaire, d'experts externes.

De technische werkgroepen voor de screening van pasgeborenen zijn onder andere belast met het identificeren van eventuele bijkomende ziekten, met een voorstel voor de te gebruiken test en de budgettaire implicatie ervan, door middel van een tool van het KCE-verslag betreffende de screening van pasgeborenen.

De technische werkgroepen zijn opgestart en zullen in september hun werk uitvoeren. Er wordt voorrang gegeven aan het onderzoek naar de screening van mucoviscidose. Er zijn vereiste resultaten gevraagd, zoals de stand van zaken van neonatale screening in elke deelstaat, die niet overal hetzelfde is, met inbegrip van de registratie, en een inventarisatie van wat nodig is voor de *health data*. Het verschil in screeningstests tussen de Gemeenschappen en Gewesten moet in kaart gebracht worden, evenals de pro's en contra's daarvan. Als wij een brede screening doen, moet dat met het beste instrument gebeuren, want anders schieten wij ons doel voorbij. De argumenten pro en contra voor een eventuele uniformisering van de screeningsset moeten afgewogen worden. Dat hoeft niet dezelfde set te zijn, maar vanuit het standpunt van

screening liggen de tests best zo dicht mogelijk bij mekaar.

Er is ook gevraagd of er nog andere ziekten kunnen worden gescreend.

Comme l'a dit Mme Gerkens, on pourra aussi identifier des maladies supplémentaires avec une proposition du test à utiliser, les arguments pour et contre ainsi que les implications budgétaires. C'est nécessaire pour savoir...

Vervolgens zullen wij moeten bekijken hoe wij een en ander budgettair kunnen opvangen en wie welke lasten zal dragen. Momenteel dragen wij bijvoorbeeld nog altijd de lasten voor een deel van de kosten voor de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker en andere vaccinaties, waarover nogal wat te doen is geweest.

Eerst moet natuurlijk het noodzakelijk werk gebeuren, waarbij leden van onze administraties deelnemen aan de werkgroepen.

Voor mij verloopt het ook allemaal heel traag, gelet op het feit dat de betreffende studie al in 2010 gepubliceerd werd. Ondertussen heeft men blijkbaar weinig schwing aan de dag gelegd. Het werk moet wel grondig gebeuren. De voorbereidingen zijn momenteel wel al ver gevorderd en de technische werkgroepen zullen daarmee vanaf september aan de slag kunnen, waarna een en ander wel sneller zal verlopen.

**23.06 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Ce sera pour la fin de l'année?

**23.07 Maggie De Block**, ministre: Non. Si les groupes de travail peuvent commencer à travailler sur la base des travaux qui auront été effectués au mois de septembre, nous leur demanderons de rendre leurs conclusions avant la fin de l'année.

Nous devons progresser car nous avons beaucoup de temps à rattraper. Mais il sera impossible de rattraper les six années perdues.

**23.08 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Il est effectivement dommage que tout ce temps ait été perdu et que de nouveaux éléments n'aient pu être utilisés pour mettre en place les dispositifs les plus adaptés.

J'entends que le groupe de travail commencera ses travaux au mois de septembre avec des échéances et un suivi, l'objectif étant de parvenir à des résultats avant la fin de l'année. Je ne peux que soutenir cette démarche.

Cella dit, peut-être serait-il opportun d'insister pour que les données collectées soient harmonisées et utilisables sur l'ensemble du territoire afin que des recherches et des études puissent être menées à partir desdites données en vue d'améliorer les choses.

**23.09 Karin Jiroflée** (sp.a): Bedankt voor het antwoord, mevrouw de minister. Ik ben bijzonder blij te horen dat er vanaf 1 september werkgroepen starten. Ik vind het heel jammer dat er zoveel tijd werd verloren. Ik had min of meer verwacht dat u hiervoor een verklaring zou hebben gegeven. Blijkbaar kwam er lange tijd niets uit de bus. Ik ben het volkomen met u eens dat het veel te traag is gegaan.

Ik onthoud dat u pleit voor een uniformisering. Daar ben ik het mee eens. Dat was mijn achterliggende gedachte: als we op een goede manier willen screenen, moeten we dat op een zo uniform mogelijke manier doen. Dan kunnen we daaruit ook gemakkelijker een aantal data afleiden.

We rekenen nu op u om de schwing erin te brengen, zoals u het zelf uitdrukt.

**23.10 Michel de Lamotte** (cdH): Madame la ministre, comme vous l'avez dit, je pense qu'il faut rattraper le temps perdu. Cela veut dire développer le maximum d'énergie pour que les groupes de travail mis en place soient efficaces et puissent aboutir, comme vous l'avez dit, à la fin de l'année. Il faudra avancer en collaboration surtout avec le protocole d'accord des entités fédérées et le fédéral. Je pense qu'il y a des problèmes de santé qui ne peuvent plus attendre.

**23.11 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik sluit mij aan bij de repliek van mijn collega's. Het is in elk geval duidelijk dat heel wat parlementsleden in het Vlaams Parlement, misschien ook in het Waals Parlement en in

de Kamer wakker zijn geschoten en op die manier de schwing kunnen brengen in de behandeling van het dossier.

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

**24** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het sociaal statuut voor arts-specialisten in opleiding" (nr. 12750)

- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het sociaal statuut voor artsen in opleiding" (nr. 12876)

**24** **Questions jointes de**

- **Mme Valerie Van Peel** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut social des médecins spécialistes en formation" (n° 12750)

- **Mme Anne Dedry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut social des médecins en formation" (n° 12876)

**24.01** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uit de praktijk blijkt dat de rechten van artsen in opleiding, die sinds 2010 vastgelegd zijn, zoals de werkuren, tijd voor onderzoek en stages in het buitenland, vaak moeilijk af te dwingen zijn bij een aantal stagemeesters.

In het regeerakkoord staat een en ander om dat te verhelpen. Zo zou de regelgeving betreffende de stages herzien worden. Een en ander hangt ook samen met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur. In samspraak met de deelstaten zouden de omkadering van de stage en de ondersteuning van de stagebegeleiders in de basisopleiding voor alle gezondheidsberoepen verbeterd worden. De invoering van een aangepast sociaal statuut voor huisartsen en specialisten in opleiding zou worden onderzocht.

Het regeerakkoord is voor u de bijbel. Onze Ecolo-Groenfractie heeft een zeer interessante rondetafel georganiseerd met de studentenkoepels en heel veel experts uit het werkveld. Zij zeggen allemaal dat het momentum voor een beter en volledig statuut is aangebroken. Ik deel hun mening en omdat u met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering bezig bent, dient zich een enorme opportuniteit aan.

Investeren in een volledig statuut is ook investeren in een ander klimaat bij artsen. Het gaat niet alleen over die bepaalde rechten. Het gaat ook, en vooral, over de kwaliteit van de opleiding en goede werkvoorwaarden, die later rechtstreeks een gunstig effect zullen hebben op de kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

Bent u het met mij eens dat wij een beter juridisch verschil moeten maken tussen de werkgever en de stagemeester en dat het model bij de huisartsen, bij de HAIO's, met een vzw als tussenpersoon, een goed voorbeeld is?

De volgende vraag is vooral toegespitst op de specialisten die minder hebben dan de HAIO's. Bent u het met mij eens dat de kandidaat-artzen recht hebben op een volledig en volwaardig sociaal statuut, met pensioenrechten?

Welke rechten zou u desgevallend willen toekennen?

Aangezien de problematiek in het regeerakkoord staat, wil ik u vragen wat uw timing ter zake is.

**24.02** **Minister Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, ik heb altijd gevochten voor de beste sociale rechten voor iedereen. Dus ook in het kader van de artsen-specialisten in opleiding ben ik voor het toekennen van betere sociale rechten.

De hiernavolgende pistes heb ik laten onderzoeken: de piste van een volledig statuut van werknemer, die natuurlijk financieel de zwaarste om dragen zal zijn; de piste met behoud van het statuut sui generis, te verruimen tot de tak van de pensioenen van de werknemers, omdat die mensen nu een heel aantal jaren minder pensioenvorming hebben; de piste met behoud van het statuut sui generis, met een mogelijke regularisatie van de opleidingsperiode; de piste met behoud van het statuut sui generis, met een verruiming

ervan tot de tak van de pensioenen van de zelfstandigen, of de piste van het volledig statuut van zelfstandige. Dat zijn dus vijf verschillende pistes, die ik heb laten onderzoeken.

Er hebben vooraf al diverse gesprekken daarover plaatsgevonden na het vaststellen van de beleidskeuze tot verruiming van het statuut sui generis, met een pensioen in de eerste pijler van het werknemersstelsel. Dat voorstel werd tijdens de vergadering van het paritair comité van 28 juni 2016 behandeld. Het advies is mij echter nog niet bezorgd.

**24.03 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Het is dus heel recent.

**24.04 Minister Maggie De Block:** Dat klopt, want 28 juni 2016 was vorige week.

**24.05 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): U hebt het over piste 2, zijnde het statuut sui generis, te verruimen tot de tak van de pensioenen van werknemers.

**24.06 Minister Maggie De Block:** Die piste werd inderdaad als eerste behandeld tijdens de vergadering van 28 juni 2016. Wij zullen nu afwachten wat het advies inhoudt en wat het comité daarover oordeelt. Ik heb het nog niet ontvangen. Daarna kunnen ook de andere pistes worden onderzocht.

**24.07 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, u onderzoekt dus die piste en naargelang het advies zult u nog andere pistes laten onderzoeken?

**24.08 Minister Maggie De Block:** Er is al gevraagd deze te onderzoeken. Wij hebben daarvoor niet op het advies gewacht.

**24.09 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): En daarna stapt u met een voorstel naar de Ministerraad?

**24.10 Minister Maggie De Block:** Een en ander moet ook nog worden afgetoetst. Ik doe dat niet alleen. Wanneer het over pensioenrechten gaat, komt mijn collega bevoegd voor Pensioenen ook naar voren. Gaat het nog over andere sociale rechten, zoals arbeidsongeschiktheid, dan zal dat voor minister Peeters zijn.

**24.11 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Wie komt eerst, de mantelzorgers of de artsen?

**24.12 Maggie De Block,** ministre: Au moins, des pistes ont déjà été examinées.

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

La **présidente:** Les questions qui n'ont pas été transformées en questions écrites sont reportées à la fois prochaine.

*La réunion publique de commission est levée à 17.54 heures.  
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.54 uur.*