

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 10 JANUARI 2018

Namiddag

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

du

MERCREDI 10 JANVIER 2018

Après-midi

Le développement des questions commence à 16.15 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen vangt aan om 16.15 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Nous passons aux questions orales. Nous avons jusqu'à 18.00 heures. Il faudra que chacun respecte bien son temps de parole et de réponse.

Quelqu'un peut-il venir à la présidence quelques minutes? Je dois poser une question dans la commission voisine. Madame Van Camp, pourriez-vous me remplacer?

Voorzitter: Yoleen Van Camp.

Présidente: Yoleen Van Camp.

De eerste vraag is van de heer Blanchart. Hij is niet aanwezig. Zijn vraag nr. 20322 vervalt.

01 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la rémunération de dentistes pour la transmission de coordonnées de patients à une mutualité" (n° 20332)

01 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "tandartsen die tegen betaling patiëntengegevens aan een ziekenfonds meedelen" (nr. 20332)

01.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, il semblerait que certains dentistes transmettent à une mutualité, moyennant rémunération, les coordonnées de patients potentiellement intéressés par une police d'assurance pour les soins dentaires. Cette situation me paraît problématique à la fois dans le chef du dentiste et dans celui de la mutuelle, notamment en termes de secret professionnel.

Avez-vous connaissance de cette situation? Quel est votre avis sur la question? Savez-vous combien de dentistes sont concernés par cette situation? Est-ce tout à fait exceptionnel ou plusieurs dentistes ont-ils transmis les coordonnées de certains de leurs patients à une mutualité, moyennant rémunération? Comptez-vous prendre des mesures pour empêcher une telle situation?

Je vous remercie.

01.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, j'ai pris connaissance par le biais de la presse du fait que certains prestataires de soins transmettraient à une mutualité, moyennant rémunération, les coordonnées des patients potentiellement intéressés par une couverture d'assurance pour les soins dentaires. Je ne sais toutefois pas combien de dentistes sont concernés par ladite pratique dont je regrette bien sûr l'existence. Comme vous l'évoquez vous-même, cette pratique pourrait, dans le chef des prestataires de soins concernés, aboutir à une violation du secret médical et des règles déontologiques. Elle

pourrait également mener à une violation des dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel dont le respect est contrôlé par la commission de la protection de la vie privée.

Présidente: Muriel Gerkens.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

Si je conçois qu'un dentiste fournisse à ses clients des informations quant à l'existence des produits d'assurances en matière de soins dentaires, le fait qu'une rémunération soit octroyée pour la transmission des données par des prestataires de soins va indéniablement inciter ceux-ci à ne prodiguer de l'information qu'en ce qui concerne les produits spécialement créés pour les membres de la mutualité en question.

La relation de confiance entre le patient et son dentiste pourrait par ailleurs être ternie par une impression de démarchage de la part du dentiste, ce qui est incompatible avec la nature de ses activités de prestataire de soins.

Quant aux produits d'assurances spécialement organisés pour les membres d'une mutualité, ils le sont, par le biais d'une société mutualiste d'assurances, qui a été créée pour ladite mutualité et dont la mutualité est intermédiaire d'assurances. En cette qualité, la mutualité est soumise à l'application de la législation et de la réglementation applicables aux produits d'assurances, aux entreprises d'assurances et aux intermédiaires d'assurances.

Cette législation et cette réglementation qui constituent des matières qui relèvent principalement des compétences de mon collègue Kris Peeters n'interdisent pas le recours par les entreprises d'assurances et leurs intermédiaires d'assurance à des apporteurs d'affaires, ni l'octroi d'une rémunération ou d'une commission à ceux-ci. S'agissant toutefois de mutualités qui exécutent par ailleurs des missions de service public et qui ne constituent pas des sociétés commerciales, j'estime que cette pratique n'a pas lieu d'être, même après avoir obtenu l'accord à ce sujet du patient du dentiste.

Une mutualité peut en effet sensibiliser elle-même ses membres à souscrire à une couverture d'assurance créée spécialement pour eux sans recourir à des procédés de démarchage. S'il est normal qu'une mutualité essaie d'augmenter son effectif, il convient d'éviter le recours à certaines pratiques qui s'accommodent peu des autres missions que celles d'intermédiaires en assurances qui lui sont imparties par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. Cette loi interdit toute publicité qui présente un caractère trompeur. J'ai récemment, avant d'avoir pris connaissance de la pratique que vous évoquez, demandé à l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, de mener une réflexion quant à une modification de ladite loi en vue notamment d'interdire certaines pratiques qui peuvent inciter à un changement d'affiliation mutualiste.

01.03 **Catherine Fonck** (cdH): Je vous remercie, madame la ministre.

Je pense qu'on est là dans des démarches qui sont de type commercial, avec des transmissions de données de patients et des rémunérations pour ces transmissions de données. Il me semble, à tout le moins et compte tenu de ces éléments, que vous devriez également faire un rappel à l'ordre ou en tout cas un rappel des règles et des législations au niveau des différentes mutuelles. On ne peut pas accepter de quelque manière que ce soit que ce type de pratiques persiste. La législation est pourtant claire en la matière. À mon sens, un petit courrier à destination des mutuelles pour le rappel des règles et du respect des règles sur ce volet commercial me semble vraiment indispensable.

Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 20335, 20337, 20338, 20339, 20341, 20342, 20343, 20344 et 20345 de Mme Fonck sont transformées en questions écrites. Il en va de même pour la question n^o 22696 de M. Blanchart, jointe à la question n^o 20337 de Mme Fonck, puisqu'il est absent et qu'il ne nous a rien fait savoir. Les questions n^o 20382 de Mme Somers et n^o 22837 de M. Blanchart sont également transformées en questions écrites pour les mêmes raisons. Nous devrions même les retirer, mais nous sommes bons princes. Nous attendons des nouvelles de Mme Caprasse. Viennent ensuite mes propres questions, mais je

les poserai un peu plus tard, comme plusieurs membres sont présents pour poser les leurs. Les questions n° 20477 de Mme Jadin et n° 22852 de M. Blanchart sont transformées en questions écrites pour les raisons invoquées précédemment. Mme Van Cauter a demandé le report de sa question n° 20520. Nous en arrivons aux questions de M. Senesael.

02 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome d'Ehlers-Danlos" (n° 20523)

02 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Ehlers-Danlossyndroom" (nr. 20523)

02.01 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, le syndrome d'Ehlers-Danlos est une maladie héréditaire du tissu conjonctif responsable de manifestations cliniques multiples touchant tous les organes. Les signes les plus invalidants de ce syndrome sont des douleurs chroniques, de la fatigue intense, des troubles locomoteurs avec perte d'autonomie, des troubles respiratoires, sensoriels et cognitifs mais également des risques d'hémorragies à l'issue parfois fatale. Il peut également engendrer des situations de handicap parfois très sévères qui ne sont pas reconnues par la majorité des praticiens.

Ainsi, selon le Groupe d'Études et de Recherches du Syndrome d'Ehlers-Danlos (GERSED), il existerait une importante errance diagnostique des patients, errance qui se compterait parfois en dizaines d'années. Une telle errance exposerait à deux risques majeurs: d'une part, les effets secondaires engendrés par des traitements inadéquats pouvant être dangereux et d'autre part, des examens complémentaires coûteux, inutiles voire risqués.

Par ailleurs, il apparaît que les patients atteints de ce syndrome ne sont le plus souvent pas reconnus par l'assurance maladie et les organismes en charge du handicap. C'est d'autant plus dommageable que des traitements thérapeutiques efficaces existent mais sont ignorés d'une grande partie du corps médical.

Madame la ministre, pouvez-vous nous préciser la prévalence du syndrome d'Ehlers-Danlos en Belgique? Qu'en est-il de la prise en charge de ces personnes? Partagez-vous le point de vue émis par les médecins du GERSED? Qu'en est-il de la formation des médecins à cette pathologie? Seriez-vous encline à faire reconnaître ce syndrome par l'assurance maladie ainsi que la prise en charge des patients?

02.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, le syndrome d'Ehlers-Danlos est un terme générique regroupant des affections diverses du tissu conjonctif qui ont en commun une hyper-mobilité articulaire, une hyper-extensibilité cutanée et une fragilité tissulaire. Les signes et les symptômes du syndrome varient considérablement en gravité selon le phénotype.

La prévalence précise du syndrome n'est pas connue, mais selon le site de référence Orphanet, la prévalence du syndrome d'Ehlers-Danlos classique serait d'un cas pour 30 000 habitants, ce qui, à l'échelle de la Belgique, représente un nombre de patients légèrement inférieur à 400, soit 376 cas.

Le site GERSED fait l'état de 500 000 patients en France, soit un sur 130 habitants. Cela en ferait une maladie ne pouvant être qualifiée de rare. En Belgique, cela équivaldrait à un peu moins de 90 000 patients si l'on faisait la même chose qu'en France.

Il est difficile d'obtenir un chiffre exact, les traitements étant définis selon les besoins et non les pathologies, et les prestations n'étant pas spécifiquement adressées à ce type de patients. À ce jour, il n'existe pas de traitement spécifique du syndrome. La prise en charge consiste en la prescription d'antalgiques, d'orthèses, de vêtements compressifs, de kinésithérapie douce, outre un accompagnement psychosocial.

Selon leurs besoins, de nombreux patients atteints par le syndrome d'Ehlers-Danlos sont ainsi reconnus comme devant bénéficier d'une prise en charge par la kinésithérapie pour pathologies lourdes, reprises sur la "liste E".

Le syndrome d'Ehlers-Danlos souffre, comme d'autres syndromes, de difficultés de diagnostic liées à ses manifestations multiples et atypiques évoquant, parfois pendant des années, d'autres pathologies dont le diagnostic doit être exclu.

Vous avez sans doute raison quand vous dites qu'il y a encore des personnes qui souffrent de troubles qui

ne sont pas reconnus comme syndrome d'Ehlers-Danlos parce que le sujet reste vague et que la souffrance du malade n'est pas perçue comme une conséquence de ce syndrome.

02.03 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour ses éléments de réponse.

Les difficultés de poser un diagnostic auxquelles vous faites mention m'ont été également évoquées. Par contre, au niveau du site internet du groupe d'études et de recherches de ce syndrome auquel vous avez également fait référence dans votre réponse, en fonction du nombre de cas constatés et traités selon les différentes modalités qui peuvent aller de la kiné à l'accompagnement psychosocial, en passant par le matériel médical, je me demande s'il n'y a pas une "reconnaissance" de ce syndrome et de cette pathologie.

J'aurais voulu savoir si vous avez eu ou si vous aurez des contacts plus spécifiques avec ce groupe d'étude afin de pouvoir éventuellement analyser et étudier la reconnaissance de ce syndrome par l'assurance maladie et par conséquent, la prise en charge des patients.

J'espère que, très modestement, je vous aurai sensibilisée à cette problématique.

02.04 Maggie De Block, ministre: Dès qu'un médecin pense qu'il pourrait s'agir du syndrome d'Ehlers-Danlos, le cas est reconnu par l'assurance maladie et repris sur la "liste E" de kinésithérapie qui permet de bénéficier de plus de séances de kinésithérapie.

La pathologie est reconnue mais le syndrome n'est pas toujours perçu lors de plaintes diffuses, de méconnaissance de la maladie ou de manque de diagnostic. Tout le problème réside dans la difficulté de poser un diagnostic correct.

Il est vrai que nous dépendons de la connaissance du terrain. Un de mes anciens professeurs disait: "Tu entends des bruits dans le couloir, et tu penses qu'il s'agit d'un cheval. Cela pourrait être un zèbre, mais il faut savoir reconnaître le zèbre." Cela signifie que même si la maladie est rare, il convient de la connaître pour la reconnaître. Il faut disposer de la connaissance. Lorsque le cas est suspect, il est plus facile de poser le diagnostic lorsqu'il y a des preuves fiables.

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

03 Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la chirurgie ambulatoire extrahospitalière" (n° 20420)

03 Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "dagchirurgie buiten het ziekenhuis" (nr. 20420)

03.01 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la présidente, madame la ministre, je vous présente mes meilleurs vœux pour l'année 2018.

Madame la ministre, un des objectifs de la réforme des hôpitaux est de raccourcir le séjour à l'hôpital et de diminuer le nombre d'hospitalisations. Il est question d'accouchements avec séjour écourté à la maternité, de formes d'hospitalisation à domicile, de thérapies intraveineuses par antibiotiques ou encore de chimiothérapies à domicile. La chirurgie ambulatoire extrahospitalière ne semble pas, quant à elle, susciter beaucoup d'intérêt. Actuellement, confinée à l'ophtalmologie et à la chirurgie plastique, elle pourrait jouer un rôle important dans la diminution du nombre de séjours en hôpital.

Des voix s'élèvent en faveur de la création de centres pilotes extrahospitaliers à Bruxelles et en Wallonie comme en Flandre, dans des spécialités comme par exemple, la chirurgie de la main, la chirurgie orthopédique, l'ORL ou encore la gastro-entérologie.

Les avantages présentés me semblent mériter notre attention. Pour les patients d'abord, qui seraient mieux accueillis dans des structures à dimension plus humaine. Ils gagneraient du temps, car à l'hôpital ils doivent prévoir plus d'une demi-journée et rencontrer plusieurs intervenants, même pour des interventions mineures. Les hôpitaux offrent, bien entendu, d'autres avantages pour des interventions plus complexes, plus lourdes, nécessitant des équipements sophistiqués ou encore l'intervention d'équipes multidisciplinaires.

Mais à chaque étape du parcours du patient dans un hôpital, il faut accomplir des formalités administratives, depuis le service d'admission souvent débordé, jusqu'à l'autorisation de sortie, en passant par les diverses unités de soins, la salle d'opération et la salle de réveil. Ne parlons pas du trajet administratif de la facturation, qui parvient généralement au patient plusieurs semaines après son opération!

Les petites structures extrahospitalières permettent d'améliorer la relation entre le patient et les prestataires de soins et de réaliser des économies substantielles. La chirurgie extrahospitalière est bien développée en Allemagne et surtout aux États-Unis où de nombreuses petites infrastructures d'une vingtaine de personnes offrent de véritables services chirurgicaux, accrédités, bien entendu! Plusieurs études portent sur la réduction de leurs coûts par rapport à l'hospitalisation traditionnelle. Je cite en exemple la reconstruction du ligament croisé antérieur, laquelle coûterait 42 % de moins en intervention extrahospitalière.

Madame la ministre, cette piste d'économies m'intéresse, car elle ne nuit pas aux intérêts des patients puisque toutes les garanties peuvent être prises grâce à des réglementations et à des guides de bonnes pratiques pour la sécurité, la qualité et la prise en charge.

Ceci m'amène à vous poser les questions suivantes. Envisagez-vous le développement de la chirurgie ambulatoire extrahospitalière dans le cadre de la réforme des hôpitaux? Sinon, pour quelle raison? Avez-vous fait évaluer l'économie qu'une telle évolution pourrait permettre de réaliser chez nous? Avez-vous soumis cette possibilité à l'avis d'associations représentatives de patients? Avez-vous rencontré des chirurgiens qui préconisent une telle évolution et pris connaissance de leurs arguments?

03.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame Caprasse, merci pour vos bons vœux que je réciprocque de tout cœur.

Vous partez du principe qu'une économie réalisée sur une journée d'hospitalisation permet automatiquement aux pouvoirs publics de réaliser une économie pour ce même montant. Ce n'est pas le cas.

Permettez-moi de vous rappeler certains éléments liés au financement! Chaque hôpital reçoit, sur la base de multiples paramètres, très variés, un montant annuel destiné au fonctionnement de l'ensemble de l'hôpital. C'est ce qu'on appelle le budget des moyens financiers (BMF). Le BMF sert notamment à rémunérer les soins et les processus logistiques liés au séjour. Ce BMF octroyé par hôpital couvre aussi dans de nombreux cas les permanences en salle opératoire, les permanences aux urgences et dans d'autres services, etc. Ce sont les fonctions dont les citoyens ont besoin comme la prévision de capacités suffisantes en cas d'urgence, mais ce type d'activités ne peut que générer des pertes. Le BMF sert bien entendu aussi à rémunérer les fonctions auxquelles vous faites allusion, telles que l'organisation des interventions chirurgicales mineures et planifiables.

Afin d'octroyer ce BMF à un hôpital, le montant total du BMF est divisé par le nombre de jours d'hospitalisation. On obtient alors le prix de la journée d'hospitalisation qui est facturé à chaque patient admis à l'hôpital, honoraires exclus. Le même montant est facturé par jour à tous les patients dans l'hôpital en question, peu importe la discipline, le service, avec ou sans passage par certains services des urgences comme la salle d'opération, les soins intensifs, la salle de réveil, etc. Si nous laissons tous ces services à perte, qui génèrent surtout des coûts et quasi aucun revenu, dans l'hôpital même, on n'a aucun gain sur le plan macro. Cela ne permet donc pas de baisser le coût total de nos soins de santé.

Pour le reste, je ne suis pas opposée aux petites cliniques privées qui travaillent et qui offrent les mêmes garanties de qualité. À ce titre, leur travail ne peut surtout pas engendrer un surcoût pour le patient. Or, c'est souvent le cas.

C'est la raison pour laquelle la réorganisation du paysage hospitalier doit être envisagée. Il est demandé aux hôpitaux de travailler en réseau en externalisant les petites ou grandes opérations. Certes, ce ne sera pas le même mouvement. Il y aura plus d'hôpitaux sans le regroupement de l'expertise.

Cela va à l'encontre de notre réforme de l'hôpital qui préconise une organisation au niveau local et régional et pour certaines expertises au niveau supra-régional.

Que va-t-on faire? Je ne suis pas convaincue par le système américain. Chaque paysage hospitalier est différent. Nous nous sommes basés sur la réforme qui a eu lieu au Danemark.

Nous allons visiter la Suède. Il sera intéressant de faire la différence. L'Amérique est un mauvais exemple, car la qualité des soins n'est pas la même que chez nous.

03.03 Véronique Caprasse (DéFI): J'entends vos explications, mais je n'ai pas vraiment eu de réponse. Il y a quand même moyen de faire quelque chose, en dehors de ce qui existe déjà, pour éviter, justement, cette surcharge dans les hôpitaux. Ça peut alléger sans avoir de conséquences financières sur les hôpitaux. Il est possible d'alléger certaines interventions médicales et de faciliter les choses pour les médecins comme pour les patients.

Il est vrai que des petites cliniques privées existent et sont organisées par des médecins tout à fait sérieux. Il serait peut-être intéressant de faire part de leur existence et que vous les rencontriez. Il y a certainement quelque chose à faire. Je reviendrai plus tard sur ces questions.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la santé animale dans les salons de toilettage" (n° 20605)

04 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het dierenwelzijn in kapsalons voor dieren" (nr. 20605)

04.01 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, des professionnels de la santé animale s'inquiètent de certaines pratiques dans les salons de toilettage. Actuellement, la profession de toiletteur n'est pas réglementée. L'accès à celle-ci est libre et n'est soumis à aucun examen d'aptitude.

Pourtant, la manipulation des animaux n'est pas sans risque, tant pour les animaux que pour les êtres humains. Les témoignages évoquant des pratiques problématiques sont nombreux. La plupart du temps, elles sont dues à un manque de connaissance de la part des professionnels. En effet, ceux-ci peuvent ne pas être en mesure d'identifier une maladie transmissible à l'homme, ne pas connaître les réactions dermatologiques des animaux ou blesser ceux-ci par une mauvaise utilisation des sangles d'immobilisation.

Il arrive aussi que certains salons de toilettage agissent sciemment en contravention des lois et règlements. Des toiletteurs utilisent des substances que seuls en principe des médecins vétérinaires sont en droit d'administrer, notamment pour endormir l'animal. Certains vont tenter de traiter eux-mêmes des pathologies, avec le risque d'aggraver la situation, et d'autres vont jusqu'à s'approvisionner de l'autre côté de la frontière française en médicaments qui sont en vente libre là-bas mais soumis à prescription ici. J'en connais.

Ces pratiques ne sont évidemment pas la règle, et nombre de toiletteurs connaissent le cadre de leur profession. Ils savent quand il est nécessaire de renvoyer l'animal vers un médecin vétérinaire.

Dès lors, madame la ministre, permettez-moi de vous poser les questions suivantes. Votre administration a-t-elle déjà constaté des dérives ou de mauvaises pratiques dans les salons de toilettage? Estimez-vous que la réglementation actuelle soit suffisante pour assurer des pratiques conformes aux exigences en matière de santé humaine et animale? Estimez-vous nécessaire de prendre des mesures face à ces risques potentiels? Je vous remercie d'avance pour vos réponses.

04.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, c'est effectivement une question importante sur le plan de la condition animale. Toutefois, j'ai été surprise de recevoir ces questions car les conditions d'exploitation des salons de toilettage sont réglées non par mes services mais bien par ceux du ministre de l'Économie et des Consommateurs. C'est donc mon collègue Kris Peeters qui veille à l'application du Code de droit économique, livre IX, relatif à la sécurité des produits et des services. En ce sens, la situation est entre autres comparable à celle des solariums et des bancs solaires.

En outre, tous les chiens et chats doivent être identifiés, conformément à la réglementation régionale. Mes compétences se limitent à la prévention et à la lutte contre toute pratique illégale de l'art vétérinaire. En ce qui concerne spécifiquement les salons de toilettage, mes services m'ont informée que jusqu'à présent, aucun fait ne justifiait d'éventuelles mesures supplémentaires.

On leur a demandé s'il y avait des problèmes. Notre compétence en la matière est toutefois très limitée car tout est réglé par les Régions. Néanmoins, si, lors du toilettage, sont exercées des pratiques qui relèvent de l'art vétérinaire, cela nous concerne. Si un citoyen considère une situation comme étant anormale à l'égard de son animal de compagnie, il doit porter plainte ou le rapporter. Ce n'est pas le but du toilettage.

04.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 20617 de Mme Hufkens est transformée en question écrite.

05 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le pictogramme sur les médicaments contenant du valproate" (n° 20707)

05 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het pictogram op de geneesmiddelen die valproaat bevatten" (nr. 20707)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je suis déjà intervenue à de multiples reprises sur ce dossier. Je défends de longue date la mise en place d'un pictogramme sur la boîte pour alerter les femmes enceintes qui prendraient des médicaments de type tératogène.

La firme Sanofi a décidé de placer un pictogramme pour un seul de ses médicaments contenant de l'acide valproïque. En Belgique, il n'y a qu'un seul médicament contenant de l'acide valproïque qui dispose d'un pictogramme d'avertissement pour les femmes enceintes. Les autres médicaments de la même firme pharmaceutique et les médicaments – génériques ou autres – d'autres firmes pharmaceutiques ne contiennent pas de pictogramme. Cela donne donc un faux sentiment de sécurité, avec une information disponible pour le seul médicament qui contient un pictogramme. Je plaide donc à nouveau pour qu'on puisse adopter la proposition de loi que j'avais déposée pour obliger au placement d'une accroche visuelle.

J'ai constaté que l'AFMPS a récemment édité un *flashnews* concernant la démonstration par l'université d'Anvers de la connaissance totalement insuffisante du matériel éducationnel. Même si l'AFMPS rappelle les dispositifs, c'est un élément supplémentaire qui démontre qu'il est véritablement important d'avoir une accroche visuelle qui permet aux femmes qui prennent du valproate d'adopter le bon réflexe en cas de grossesse. Cela permettra d'éviter des conséquences dramatiques pour les enfants.

Madame la ministre, je plaide donc encore et encore pour qu'on impose de manière réglementaire ce type d'accroche pour renvoyer vers les médecins les patientes enceintes qui prennent un médicament tératogène.

05.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, tous les titulaires d'autorisations de mise sur le marché de médicaments à base de Valproate ont reçu une demande de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) pour qu'ils introduisent une notification afin d'insérer le même pictogramme que celui de Sanofi. Toutes les firmes concernées se sont exécutées. Les dernières procédures viennent d'être clôturées par l'Agence.

Cela implique que les entreprises visées pourront, dès la date d'approbation de leur propre procédure, libérer des lots conformes au changement demandé – à savoir l'imposition du pictogramme sur la boîte. Six mois après cette date, plus aucun lot ne pourra être libéré en l'absence de cette image sur chaque conditionnement.

En pratique, on m'informe que cela signifie qu'après le 28 mars prochain, plus aucun lot de produits à base de Valproate ne circulera sans pictogramme.

Comme je l'ai indiqué précédemment, au sein du Conseil EPSCO (Emploi, Politique sociale, Santé et Consommateurs), j'ai demandé à mes homologues européens de coopérer en vue que soient étiquetés les médicaments à base de Valproate et, plus généralement, tous ceux qui sont potentiellement tératogènes. Pour le moment, seul le Royaume-Uni nous a soutenus. Ce point avait été ajouté à l'ordre du jour de l'EPSCO. Le commissaire européen en charge de ces matières nous a remerciés et nous a assuré qu'il s'occuperait du dossier.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, voici plus ou moins deux ans, il me fut répondu que je racontais n'importe quoi. Puis, on m'a indiqué que les études s'opposaient à une telle mesure. Aujourd'hui, je constate enfin qu'on en admet le caractère indispensable. Dès lors, je ne regrette pas d'avoir livré ce combat.

Cela étant, quelques problèmes subsistent. Tout d'abord, si un médicament générique est créé ou qu'un autre contenant du Valproate provient d'un pays étranger, ils ne sont aucunement tenus d'apposer le pictogramme en question sur la boîte. Je le regrette.

En outre, le Valproate n'étant jamais qu'un médicament tératogène parmi d'autres, la question reste pleine et entière pour tous les autres. Dès lors, je continue, persiste et signe pour plaider en faveur d'une avancée sur ces propositions de loi et pour travailler de façon cohérente. Il faut éviter de nouveaux drames chez des enfants en apposant ce message d'avertissement sur les boîtes contenant des médicaments tératogènes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 20748 de M. Blanchart est reportée.

06 Questions jointes de

- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des services d'urgence et des postes de garde de médecine générale" (n° 20750)**

- **Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les urgentistes" (n° 20900)**

- **M. Koen Metsu à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réglementation relative aux services ambulanciers et au transport de malades" (n° 20981)**

06 Samengevoegde vragen van

- **de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de spoeddiensten en de huisartsenwachtposten" (nr. 20750)**

- **mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "spoedartsen" (nr. 20900)**

- **de heer Koen Metsu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de regelgeving inzake ambulancediensten en ziekenvervoer" (nr. 20981)**

06.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon une enquête de l'Association des médecins urgentistes de Belgique et l'Université de Gand réalisée fin 2015, un médecin urgentiste sur deux envisage sérieusement de changer de métier et 16 % d'entre eux comptent le faire dans les six ans. La fonction est pourtant déjà en pénurie. La surcharge administrative, le peu de reconnaissance pour le travail et un déséquilibre entre la vie privée et professionnelle sont les causes les plus souvent citées. D'après les résultats de l'enquête, les médecins urgentistes prestent 35 % de leurs heures de nuit et 25 % pendant les week-ends. Dans certains hôpitaux, la proportion passe à plus d'un *shift* sur deux dans ces horaires particuliers.

Pour répondre à cette problématique, vous avez indiqué plancher sur une série de mesures visant à soulager les médecins urgentistes. Les mesures devraient pousser les patients à se rediriger vers les médecins généralistes plutôt que vers les services d'urgence et un grand centre pour les traumatismes sera créé pour prendre en charge les cas les plus graves.

Madame la ministre, pourriez-vous nous détailler les mesures que vous envisagez afin de soulager les services d'urgence des hôpitaux? Vous dites vouloir notamment que des postes de garde de médecine générale couvrent la totalité du territoire d'ici quatre ans. Comment allez-vous procéder pour y parvenir? Qu'en sera-t-il des zones les plus isolées? À nouveau, je voudrais vous rappeler qu'une pénurie de médecins s'annonce et que cette pénurie concerne également les médecins généralistes. Cet élément a-t-il bien été pris en considération dans le plan de réforme envisagé?

À côté de cette augmentation du nombre de postes de garde, vous prévoyez une diminution du nombre des services d'urgence. Pourriez-vous nous détailler comment cette réforme sera menée et combien de services devraient disparaître dans les mois et années à venir? Dans ces conditions, les services d'urgence seront-ils

dès lors réellement soulagés dans leur travail quotidien?

Enfin, pourriez-vous nous dire où vous en êtes dans le cadre du déploiement du système téléphonique de triage 1733 et quelles sont les avancées attendues dans ce cadre?

06.02 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, het meeste werd hier al gezegd. Regelmatig horen we berichten dat spoedartsen heel erg onder druk staan. Ze trekken dan ook geregeld aan de alarmbel. Vaak is dit het gevolg van de bijkomende administratieve belasting en dergelijke.

U zei hierover eerder dat u een kentering hebt ingezet, met als belangrijke maatregel een betere afstemming tussen de verschillende diensten om in de niet-planbare zorg te voorzien. Het gaat dan over de samenwerking tussen spoeddiensten, wachtposten enzovoort. Een andere belangrijke maatregel is de hervorming van de spoeddiensten, waarbij het aantal wordt verminderd en ondersteund door grote traumacentra. Er is dus zeker wel een plan. Over een aantal van deze maatregelen had ik graag een stand van zaken gekregen.

Naast het systeem van wachtposten bestaat ook het 1733-triagesysteem, waarover we het hier al enkele keren hadden. De uitrol van dit systeem loopt volgens mij echter nog stroef. Ik had hierover graag een stand van zaken gekregen.

Wat de audit van de wachtposten betreft, kwam er een eerste voorstel in juli. Wachtposten Vlaanderen vzw formuleerde een aantal kritieken en 22 aanbevelingen, zoals een afdwingbare en effectieve triage, uniformiteit in de uurregelingen, de locatie voor en financiering van wachtposten, de omvang van de dekking door een wachtpost en een wachtpostnetwerk. Met sommige van die zaken staat het ondertussen al wat verder, want mijn vraag dateert al van enkele maanden geleden. Kan u nogmaals duidelijk stellen welke aanbevelingen u weerhoudt en welke niet?

Wat wil u nog doen om de administratieve last te verminderen?

06.03 **Minister Maggie De Block**: In het verleden werd dit soort problemen steeds benaderd vanuit een oogpunt, namelijk wat moeten de huisarts, de spoedarts, het ziekenhuis en de ziekenwagen doen. Er werden oplossingen gezocht die soms goed waren voor de ene, maar niet voor de andere. Alleszins waren de oplossingen niet altijd in het belang van de burger in nood die hulp zocht.

In het begin van deze legislatuur heb ik besloten om de hele keten van niet-planbare zorg te benaderen als een systeem. Een deel daarvan zijn de wachtposten die beschikbaar zijn. De audit "Wachtposten" die beschikbaar is bij het RIZIV moet dan ook worden bekeken binnen dit breder kader en niet louter en alleen met een blik op de wachtposten.

Om een nog betere kijk te krijgen op de onderliggende beïnvloeding van de verschillende processen binnen dit systeem, heb ik ook aan het Kenniscentrum gevraagd om een clusteranalyse uit te voeren. Het resultaat van deze studie zal de start zijn van een alomvattend debat over niet-planbare zorg.

Dans le cadre de ce débat, mon point de départ n'est donc pas la quantité mais bien la qualité et l'efficacité et ce, dans un système consolidé constitué des partenaires avec au centre, les citoyens nécessitant des soins.

Le fil rouge de ce plan est le patient, qui attend de notre système une réponse à sa demande de soins généralement imprévisible et soudaine.

Ma cellule stratégique a formellement validé l'audit relatif aux postes de garde le 21 août 2017. Le 21 décembre 2017, mes propositions visant une nouvelle politique de financement de postes de garde, notamment basée sur les résultats de l'audit, ont été présentées à la *task force* Soins non planifiables, au sein de laquelle sont représentés les hôpitaux, les services d'urgence, les médecins urgentistes, les médecins généralistes et les postes de garde de médecine générale.

Nous tenons compte des remarques formulées à ce moment-là, et les conditions permettant de transposer effectivement les propositions stratégiques sont en cours de préparation. Pour ce faire, le contexte est intégré, pour normaliser de manière optimale les différents instruments utiles à l'organisation des soins non planifiables, c'est-à-dire les postes, les services d'urgence et le numéro d'appel uniforme du 1733, qui joue

un rôle central.

Concernant le triage au 1733, le planning actuel prévoit que le terminal d'alerte devrait être disponible pour les postes de garde à partir du premier semestre 2018.

Wij zullen dus met de uitrol beginnen. Er lopen nu al pilootprojecten. Wij zullen rond april, mei beginnen met de verdere uitrol over het hele land van het nr. 1733 voor de triage.

De aangehaalde ongelijkheid in de lonen van specialisten en de concentratie van inkomen bij bepaalde groepen zijn ook op de agenda van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen geplaatst. Op 2 oktober 2017 werd in de commissie het onderzoeksmateriaal voorgesteld dat werd aangebracht vanuit de universiteit van Gent en de ULB.

Er wordt ook gewerkt aan een wetsontwerp waarin wij de dekking van een wachtpost en een wachtposten-netwerk willen concretiseren. Dat vraagt tijd, maar het is de enige manier om voor een langere duur of voor eens en altijd duurzame oplossingen te verkrijgen.

Wat de administratieve lasten betreft, mevrouw Van Peel, kan ik al meegeven dat ik aan mijn administraties de opdracht heb gegeven om de registraties die vandaag gangbaar zijn binnen de sector van de niet-planbare zorg, de UREG, de MUGREG, de PITREG en de AMBUREG, tegen het licht te houden en die te reduceren tot wat ze echt horen te zijn, met het oog op het only-once-principe en de echte beleidsanalyse en -voorbereiding. Er is bovendien alvast een eerste vereenvoudiging doorgevoerd voor de lopende UREG-registraties – de urgentieregistraties – in afwachting van een grondigere herziening. De spoedartsen werden daarvan via een omzendbrief aan de ziekenhuizen en via de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening in kennis gesteld.

Het gaat dus vooruit, maar het is ook voor de eerste keer dat er echt een plan voor niet-planbare zorg voor het hele land moet worden uitgerold, vertrekkend van het feit dat er zones zijn waar er te weinig ambulances zijn, maar ook zones waar er te veel zijn. Daar zal men een herschikking moeten doorvoeren. Tegelijkertijd zal men ook een administratieve vereenvoudiging moeten doorvoeren, want die is ook nodig. Het gaat om interventies die nooit simpel zijn en waar een enorme registratie mee gepaard gaat. Dit geeft die mensen nog een bijkomende stress.

Maar de uitrol komt eraan.

06.04 André Frédéric (PS): Je remercie Mme la ministre pour sa réponse mettant en évidence que, si elle avait des intentions en début de législature, elle est restée attentive à ce problème qui nous préoccupe: le personnel hospitalier et l'ensemble des citoyens devant avoir accès à ces antennes de première ligne.

Madame la ministre, vous avez suivi le dossier avec une analyse du KCE. Celui-ci a été soumis, comme vous l'avez mentionné, aux différents interlocuteurs en décembre. Un plan est actuellement dans sa phase de mise en œuvre. Madame la présidente, j'aurais aimé que l'on note cela quelque part pour prévoir à l'agenda le suivi de la question afin que l'on puisse prendre connaissance du contenu du plan dans le détail, une fois celui-ci élaboré.

Ma préoccupation, c'est les zones rurales et ma crainte, c'est qu'en réorganisant à un moment donné et sur fond de réforme des institutions hospitalières, les citoyens se retrouvent, dans les zones moins peuplées, face à des difficultés d'accès aux soins de santé.

J'aimerais qu'au moment venu, nous soyons informés de ce plan et de son contenu de façon à trouver des réponses équilibrées pour que chaque citoyen de ce pays ait accès à ces postes de garde et services d'urgence et de soins dans les meilleurs délais. Je pense que c'est aussi votre préoccupation et je ne la mets pas en doute, je la partage. Je vous remercie.

06.05 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, dank u voor het antwoord.

Het is inderdaad geen gemakkelijke hervorming. Het is goed dat er zaken worden uitgerold en we zullen verder evalueren zodra de pilootprojecten wat meer vorm krijgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Nous prévoirons un échange avec la ministre lorsque les éléments seront en voie de finalisation.

La question n° 20815 de M. Blanchart est reportée.

Nous en arrivons à la question n° 20836 de Mme Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test DPNI".

06.06 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, bij mijn weten heb ik al een antwoord gekregen op deze vraag. Deze vraag stond per ongeluk nog tussen de te stellen vragen. Ik heb dat net geverifieerd.

La **présidente**: Il faudra dès lors supprimer cette question.

06.07 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik zou de vraag nogmaals kunnen stellen, maar dat zal ik niet doen.

Mevrouw de voorzitter, mag ik mijn vraag nr. 21006 in de plaats stellen?

La **présidente**: Les membres de la commission sont-ils d'accord que la question n° 20836 de Mme Dedry soit remplacée par sa question n° 21006? (*Acquiescement*)

07 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "lippenbalsems met schadelijke stoffen" (nr. 21006)**

07 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les baumes pour lèvres contenant des substances nocives" (n° 21006)**

07.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, in september waarschuwde Test-Aankoop voor lippenbalsem met schadelijke stoffen. In maar liefst 15 van de 21 balsems die ze testten, vond men dingen die er niet in thuishoren. Het ging onder meer over minerale oliën.

In producten die voor de huid bestemd zijn, kan dit geen kwaad. Deze oliën vormen echter wel een probleem wanneer zij kunnen worden ingeslikt. De gevonden stoffen heten MOSH en MOAH, en zouden kankerverwekkend zijn omdat zij zich opstapelen in lymfeklieren, lever en milt. Deze stoffen staan blijkbaar niet op de verpakking en ook niet op de ingrediëntenlijst vermeld. Bij gebrek aan veiligheidslimieten zijn er de aanbevelingen van onder meer het EFSA die de maatstaf vormden bij het testen van de balsems. Test-Aankoop stelde vast dat 15 van de 21 geselecteerde producten te hoge gehalten bevatten. Ik ga de merken niet opsommen maar het zijn de merken die wij allemaal kennen en allemaal in onze handtas hebben zitten en bovendien ook regelmatig gebruiken.

Ik heb hierover de volgende vragen.

Zult u maatregelen nemen om dit probleem te verhelpen? Zo ja, welke? Bent u voorstander van een strengere regelgeving? Zo ja, zult u trachten dit in Europa te bekomen?

07.02 **Minister Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, minerale oliën zijn verbindingen van verschillende ingrediënten die wettelijk gebruikt mogen worden in lipproducten. Ingrediënten die deze oliën bijvoorbeeld bevatten zijn paraffine, sommige vaselines en microkristallijne was. Ze worden vermeld op het etiket van de cosmetische producten. De *mineral oil saturated hydrocarbons* behoren tot die minerale oliën en hun samenstelling varieert aanzienlijk afhankelijk van de kwaliteit van de oliën. In lipproducten zijn het minerale oliën van hoge kwaliteit die geselecteerd worden om elk gezondheidsrisico te vermijden. Het is immers steeds mogelijk dat een deel van wat op de lippen wordt gesmeerd wordt opgegeten. De *mineral oil aromatic hydrocarbons* vormen een ander type complexe stoffen die nog niet zo goed gekend zijn. Het gehalte ervan in cosmetische producten moet zo laag mogelijk zijn.

De veiligheid van elk cosmetisch product wordt geëvalueerd vooraleer het op de markt wordt gebracht op basis van het gebruik van het product en van het profiel van elk van de ingrediënten. Enkel producten waarvan de veiligheid werd geattesteerd door een arts, een apotheker, een toxicoloog of een

verantwoordelijke met een gelijkaardige kwalificatie mogen op de markt worden gebracht.

Ik heb de dienst Inspectie van de FOD Volksgezondheid gevraagd om de kwaliteit na te gaan van ingrediënten die worden gebruikt in de genoemde lippenbalsem, dit in samenwerking met de diensten voor markttoezicht van de andere lidstaten van de Europese Unie. Tenzij anders zou blijken uit dit onderzoek zie ik geen noodzaak om nu al bijkomende maatregelen voor te stellen op Europees niveau. We zullen zeker het onderzoek afwachten.

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

Wij zullen dan over het verdere verloop wel nog iets horen. Dat wij het onderzoek afwachten, daar kan ik mee leven.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 20842 de Mme Fonck est transformée en question écrite.

08 Questions jointes de

- **Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi du Fonds des accidents médicaux" (n° 20883)**

- **Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds des accidents médicaux" (n° 20899)**

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les erreurs médicales en Belgique" (n° 21577)**

08 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging van het Fonds voor de medische ongevallen" (nr. 20883)**

- **mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds voor de medische ongevallen" (nr. 20899)**

- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medische fouten in België" (nr. 21577)**

08.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook deze vraag is ondertussen enigszins achterhaald. Ik heb trouwens vorige week van u een antwoord gekregen op een schriftelijke vraag ter zake. Niettemin wil ik nog even nader ingaan op het antwoord dat op die vraag kwam.

Het activiteitenverslag staat ondertussen online, redelijk laat, heel laat zelfs, maar het staat er. Uit het verslag blijkt echter nog altijd dat, ondanks het feit dat binnen het Fonds voor de medische ongevallen een stap is gezet, de achterstand absoluut nog niet is ingehaald. U hebt ook geen algemene termijn willen geven voor de gemiddelde tijd die verstrijkt tussen de aanvraag en het sluiten van een dossier. Nochtans zou het niet oninteressant zijn die termijn eens te bekijken voor de meer dan 900 dossiers die wel zijn gesloten.

Ik weet dat stappen zijn gezet om op een andere manier te werken. Er is ook een nieuw masterplan. Bijvoorbeeld, de dossiers met een bepaalde ernstgraad waarvoor de dossierbehandelaars niet gekwalificeerd zijn, wil men sneller opzij leggen, wat een goed idee is. Er werd immers veel te veel tijd aan dergelijke dossiers gespendeerd.

Hoe dan ook blijf ik voor het Fonds met een dubbel gevoel zitten. Achter de intentie van het Fonds staat iedereen nog altijd. Het was een heel goede zaak dat mensen met medische ongevallen veel beter en veel sneller zouden kunnen worden geholpen. In de praktijk blijft het echter een moeilijk verhaal. Ik vraag mij dan ook af of wij een en ander niet eens grondig moeten evalueren.

Misschien wil u het masterplan nog even de tijd geven. Ik weet echter niet of het plan alle problemen zal oplossen. Ik verneem immers van interne bronnen dat het op vele vlakken nog altijd scheef gaat, zowel qua ICT als qua samenwerking met de externe experts als qua procedures die moeten worden doorlopen.

Ik kreeg dus graag uw mening.

08.02 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, fin octobre, l'ASBL Erreurs Médicales manifestait à Bruxelles pour mettre en avant cette problématique des erreurs médicales.

Selon son estimation, 20 000 erreurs seraient commises chaque année chez nous, entraînant la mort de 2 000 personnes.

Madame la ministre, avez-vous eu vent de ces estimations? Si oui, qu'en pensez-vous?

On sait qu'il n'y a, chez nous, pas de registre central permettant de connaître le nombre exact de ces erreurs. Néanmoins, le Fonds des accidents médicaux de l'INAMI est chargé de déterminer si les victimes de telles erreurs déposant un dossier peuvent bénéficier d'une indemnisation.

Madame la ministre, pouvez-vous nous dire combien de dossiers ont été introduits dans notre pays ces dernières années et combien de ceux-ci ont été jugés recevables?

08.03 **Minister Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, aangezien de problematiek heel ernstig is en al lange tijd aansleept, had ik om een heel uitvoerig antwoord gevraagd. Ik zal een deel ervan geven om het ietwat te kaderen, maar het antwoord is veel uitgebreider. Ik zal het u dan ook bezorgen voor het verslag.

Er werd al verschillende keren gesleuteld aan de manier waarop die achterstand zou kunnen worden weggewerkt. De afhandelingstermijn van een dossier bij het Fonds is heel verschillend en is afhankelijk van het type dossier. Een gemiddeld cijfer zou geen representatief en correct beeld geven.

Het Fonds verdeelt de behandeling van de dossiers nu in drie fasen. Een eerste fase is een administratieve controle op basis van artikel 12 van de wet. In een tweede fase worden de feiten, de schade, de aansprakelijkheid en het voorkomen van een eventueel medisch ongeval zonder aansprakelijkheid onderzocht. De derde fase is wanneer het dossier in de fase van de schadevergoeding komt. Dan gaat het zowel over het berekenen van een voorstel als over het onderhandelen en het uitbetalen van de schadevergoeding.

De dossiers die in de eerste fase kunnen worden afgesloten, nemen in principe een paar weken in beslag en dit zorgt niet voor grote problemen. Dan komt men aan de tweede fase. Zoals u weet, is er daar een grote achterstand bij het Fonds. Dat komt door de wachttijd vooraleer een dossier in expertise kan vertrekken en door de duur van de expertise. De duur die in de wet is voorzien voor de behandeling van een dossier is in de meeste gevallen ontoereikend om het dossier te kunnen afwerken met respect voor de rechten van alle betrokkenen. Dossiers die in de derde fase zijn, kunnen ook heel lang aanslepen wanneer er wordt gekozen voor een vergoeding in rente.

Een bepalende factor voor de snelheid van behandeling van een dossier is de bereidheid van de zorgverstrekker om de gevraagde documenten aan het Fonds te bezorgen. Sommige dossiers lopen hierdoor een significante vertraging op. Een andere factor is de beschikbaarheid van een arts voor analyse van het dossier, het omschrijven van de opdracht en de bundeling van de stukken. Daarenboven zijn er ook niet altijd voldoende externe experts beschikbaar. Het komt voor dat dossiers in expertise klaar zijn, maar niet kunnen worden afgehandeld omdat er geen externe expert beschikbaar of bereid is om het dossier op te nemen.

De dossiers worden behandeld volgens het principe *first in, first out*. Momenteel worden de dossiers die ingediend zijn in 2014 in expertise gestuurd.

Het Fonds dringt erop aan dat externe deskundigen hun eindverslag zouden neerleggen binnen de zes maanden, maar de praktijk leert ons dat er vaak moeilijkheden zijn voor het vastleggen van de data voor de zittingen, zeker in geval van tegensprekelijke expertises. Ook vakantieperiodes zijn telkens een belangrijke bron van vertragingen. Om de vertraging tot een minimum te beperken, stelt het Fonds dat een expertise kan doorgaan wanneer het slachtoffer en de betrokken zorgverstrekker aanwezig kunnen zijn. Het Fonds vraagt om streng op te treden bij vragen voor uitstel omwille van onbeschikbaarheid van raadsmanen en raadsartsen. Bij problemen wordt de tegensprekelijkheid gegarandeerd op basis van de mogelijkheid tot opmerkingen bij het voorlopig verslag. Een andere bron van vertraging is ook een eventuele uitbreiding van de expertise naar nog meer of andere zorgverstrekkers en bijkomend op te vragen informatie enzovoort.

De tijd tussen het neerleggen van het eindverslag van een deskundige en de verzending van een advies kan

verschillen van enkele weken tot verscheidene maanden. In elk geval wordt het deskundigenverslag door een interne arts en een jurist van het Fonds geanalyseerd. Op basis van die analyse gebeurt een bespreking in het medico-legaal overleg, dat wekelijks plaatsvindt. In sommige gevallen blijkt een bijkomende expertise nodig na de bespreking, soms een bijkomende analyse van de juristen of de artsen van het Fonds.

In 2014 werden omwille van allerlei toen vastgestelde omstandigheden maar 36 adviezen gegeven, in 2015 272 adviezen, in 2016 396 adviezen. Op 30 september 2017 bleek dat meer dan 1 600 dossiers afgewerkt zijn, wat neerkomt op 39 procent van de ingediende dossiers. Het Damo-programma is in productie met 260 dossiers op 16 december en met alle 3 914 dossiers op 3 april 2017. Het oude programma is enkel nog ter consultatie beschikbaar. Op de raad van bestuur van 28 april 2016 waren er 104 gekende issues, waarvan 37 bugs in het systeem en 67 nieuwe behoeften. Op dat moment waren er maar 37 opgelost.

Ondanks al het geleverde werk zijn er toch nog altijd veel problemen. De belangrijkste aandachtspunten blijven op dit ogenblik de performantie en het gebruikersgemak. Hier worden continu optimalisaties en aanpassingen uitgevoerd. Er zijn ook problemen met het versturen van grote documenten en het visualiseren van digitale handtekeningen. Hiervoor werd contact opgenomen met de leverancier van de gebruikte toepassing om de problemen op te lossen. Er werd in een wettelijk alternatief voorzien voor de digitale ondertekening.

Met het oog op het digitaal en geïnventariseerd beschikbaar maken van de medische dossiers, opgevraagd bij zorgverstrekkers en zorginstellingen, om de fondsartsen maximaal te ontlasten van het repetitief werk zoals het herhaaldelijk opnieuw inventariseren, werden de volgende acties genomen.

Het inventariseren, opsplitsen en elektronisch ter beschikking stellen van de gescande documenten en van de documenten beschikbaar op elektronische dragers zodat de artsen zich kunnen focussen op het expertisewerk. Hiervoor werden ook medewerkers aangetrokken die deze taak in de plaats van de artsen kunnen doen.

Het elektronisch en geïnventariseerd ontvangen van de medische dossiers. Daarvoor werd contact opgenomen met de Orde der artsen. Wij zijn in de finale fase van de definitie van een KMER-standaard. Er zal aan de zorgverstrekkers en zorginstellingen worden gevraagd om de medische dossiers correct geïnventariseerd op te sturen en deze automatisch op te laden in het dossier.

Een ander punt is het openen van het dossier door de externe experts, zodat zij de informatie die zij nodig hebben niet langer op papier moeten krijgen.

Rechtstreekse consultatie van de informatie in het medisch dossier van de hospitalen. Het informaticaprogramma Damo integreert met de transversale componenten voor het ontvangen, verwerken en versturen van de briefwisseling, het verbruiksbeheer en de beveiligde kluis voor het opslaan van de documenten.

Gegevens die volledig zijn gemigreerd vanuit het oude programma, zullen eventuele kwaliteitsproblemen kunnen oplossen. Manuele codering wordt zoveel mogelijk vermeden. Het blijft evenwel een enquêtedossier waarbij de artsen, juristen en dossierbeheerders in het dossier worden ingevoerd.

De volgende evoluties mogen binnenkort worden verwacht: de financiële flow met uitbetaling van patiënten of belanghebbenden – een eenmalige som of een rente – en de experts; integratie van de schadekostberekening door een externe toepassing van Kluwer; integratie van het globaal contactbeheer met een automatische integratie met rijksregisternummer via de kruispuntbank van Sociale Zaken; geschillenbeheer; rechtstreekse toegang van experts in het dossier; beschikbaar stellen van medische beelden op een PACS-systeem; communicatie met alle stakeholders via digitale kanalen zoals onder andere eBox en eHealthBox; en het eventueel gebruik van ICD-10 in plaats van de huidige classificatie omdat dit ook in andere instanties wordt gebruikt.

Er is nog meer, mevrouw de voorzitter. Ik zal heel het antwoord elektronisch aan uw diensten bezorgen want wij hebben ook nog geantwoord op de laattijdig ingediende vragen van de heer Flahaux. Het ging onder meer over de verantwoordelijkheid.

Les questions de M. Flahaux portaient sur les dommages mais aussi sur la responsabilité des erreurs. Je vais ajouter ce document pertinent.

Il faut continuer à travailler. Ce fonds était très important pour le patient.

Dat was een belangrijke zaak. De werkwijze was echter verkeerd van bij de start en is verkeerd gebleven. Het is een enorme opdracht om de zaken nu recht te trekken. Er wordt bovendien erg veel gebruik van gemaakt, ook door personen met zeer kleine problemen. Er is bijvoorbeeld een overvloed aan klachten over tandbehandelingen, dus van personen die niet tevreden zijn over een tand of over een stomatologische behandeling. Het gaat dan vaak over esthetische zaken. Kortom, het is een kluwen. De mensen van het Fonds hebben daar al heel veel energie ingestoken, maar volgens mij zijn zij nog niet door het gros van de problemen. Zij moeten er dus aan voort werken.

De middelen zijn gebleven wat ze waren. Er zijn 44,5 fulltime equivalenten. Er zijn nog vacante plaatsen voor 2 dokters en 2 juristen. U begrijpt ook dat dit niet zo aantrekkelijk is als nieuwe werkplaats, wetende dat er nog zo'n grote achterstand weggewerkt moet worden.

08.04 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, dit antwoord komt in grote lijnen overeen met uw schriftelijk antwoord.

Het blijft natuurlijk wel een spijtige zaak. De uiteindelijke bedoeling was om al die dure juridische stappen te omzeilen en ervoor te zorgen dat mensen sneller gerechtigheid konden krijgen. In de realiteit zijn er echter weinig voordelen aan het Fonds zoals het vandaag werkt.

Ik herhaal dat er belangrijke stappen gezet zijn. Het bepalen van de graad van ernst is zeker een goede zaak. Ik heb echter het gevoel dat wij er daarmee niet zullen geraken. Ik vraag mij nog steeds af of wij niet grondiger moeten ingrijpen en van nul af moeten bekijken wat wij precies willen met dat Fonds.

De ICT-problemen beginnen een gigantische grootte-orde aan te nemen. Ik heb hierover ook een schriftelijke vraag gesteld aangaande de cijfers. Dit heeft meer dan twee miljoen euro gekost, veel meer dus dan initieel begroot. Als dit dan compleet niet werkt, vraag ik mij af of het Fonds geen stappen moet zetten. Er zullen toch wel beloftes zijn gedaan omtrent het pakket dat had moeten geleverd worden. Daar is een serieus budget voor uitgetrokken en dat blijft mij dus zorgen baren.

Ongetwijfeld wordt dit nog vervolgd.

08.05 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Je tiens à remercier madame la ministre pour cette réponse fouillée.

Il est vrai que nous sommes dans un domaine sensible et d'actualité. Comme dans beaucoup d'autres domaines, les gens ont actuellement tendance à réagir au quart de tour, à se plaindre pour tout et parfois pour des choses moins importantes. Il faut donc trouver un équilibre. Il faut, bien sûr, de la justice, parce que des erreurs médicales, ce n'est pas acceptable. Mais il faut aussi que les praticiens de la santé puissent aussi agir sans sentir en permanence le couperet de la justice au-dessus de leur tête. C'est donc un équilibre extrêmement difficile à atteindre, madame la ministre.

Je vous remercie en tout cas pour vos réponses extrêmement fournies.

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

09 **Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van besnijdenissen om niet-medische redenen" (nr. 20897)**

09 **Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de la circoncision pour raisons non médicales" (n° 20897)**

09.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb deze vraag ook al in de plenaire vergadering gesteld. U was toen in het buitenland en u hebt wel een reactie gegeven, maar ik wou nog even doorgaan op uw antwoord.

U kent de discussie, u weet ook hoe de discussie opnieuw in de pers is gekomen, namelijk via een rapport waarin gesteld werd dat de terugbetaling van besnijdenissen om niet-medische, maar wel religieuze of

privéredenen onverdedigbaar is. Dat was een rapport van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Men ging zelfs verder in de analyse. Zo had men het ook over het nut van besnijdenissen in het algemeen. Ik wil vooral op die terugbetaling doorgaan.

Er wordt vandaag geen enkel onderscheid gemaakt tussen medisch noodzakelijk of niet. In de plenaire vergadering van 21 september gaf uw kabinet als een van de redenen daarvoor dat een arts niet naar religieuze overtuigingen mag vragen. Ik vond dat een zeer vreemd antwoord. Natuurlijk mag een arts dat niet, maar het is toch een beetje de wereld op zijn kop, want hij hoeft dat ook helemaal niet te doen. Het enige wat hij moet doen, is vaststellen of een ingreep al dan niet medisch noodzakelijk is. Als hij vaststelt dat dat wel het geval is dan kan de ingreep inderdaad op kosten aan de belastingbetaler gebeuren. Als de ingreep echter niet medisch noodzakelijk is en gewoon een privébeslissing, dan hoeft de arts wat mij betreft zeker niet door te vragen of die privébeslissing al dan niet religieus van aard is, maar dat op zich is een voldoende grond om te zeggen dat de terugbetaling niet op kosten van de maatschappij moet gebeuren.

Vandaar nogmaals mijn vraag in de commissie. Het onderwerp kwam aan bod op een moment dat u zelf in het buitenland was. Ik vond het antwoord dat uw kabinet had voorbereid toen een beetje vreemd. Ik vraag mij dus af wat precies uw mening daarover is.

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Peel, in de in de nomenclatuur bestaande prestaties voor de ingreep "besnijdenis" wordt alleen vermeld dat het om een besnijdenis gaat. Het is aan de individuele arts om uit te maken of hij die ingreep al dan niet moet uitvoeren en vervolgens de prestatie uit de nomenclatuur mag attesteren. Daarbij moet de arts zich houden aan artikel 73, §1, van de GvU-wet: "De arts en de tandheelkundige oordelen in geweten en in volle vrijheid over de aan de patiënten te verlenen verzorging. Zij zullen erop toezien dat zij toegewijde en bekwame geneeskundige verzorging verstrekken in het belang van de patiënt, met respect voor de rechten van de patiënt en rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen. Zij onthouden er zich van overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen". Voor de rest is het zo dat, zoals collega Bacquelaine u gezegd heeft, de artsen niet geacht worden de religieuze overtuiging van baby's of hun ouders te registreren.

Of wij een scherper onderscheid moeten maken naargelang de indicatie en of er gevolgen zouden moeten zijn op het vlak van de terugbetaling, zijn vragen waarvoor wij een aantal implicaties moeten afwegen. Zo moeten wij er rekening mee houden dat de stopzetting van de terugbetaling zou kunnen leiden tot een illegaal parallel circuit waarin de veiligheid van de betrokken kinderen niet meer gegarandeerd is. Dat zou dus leiden tot een illegaal circuit om toch besnijdenissen uit te voeren, niet steeds in hygiënische omstandigheden en met de nodige complicaties, zowel psychisch als fysiek. Dat is dus een afweging die wij moeten maken.

Uit de intentiediscussie die vorig jaar plaatsvond bleek in elk geval duidelijk dat het gaat om een kwestie die een breed maatschappelijk debat verdient. Ik heb toen ook gezegd dat het aan de Kamer is om dat debat te organiseren. Er zijn argumenten pro en contra. Wij kunnen niet weten hoeveel van deze kinderen om religieuze redenen besneden werden, hoeveel om fysieke redenen en hoeveel om een combinatie van de twee. Men kan immers ook een baby hebben die inderdaad fimosis heeft en die dus toch besneden zou moeten worden.

In de Joodse gemeenschap wordt het kind besneden op een bepaalde dag na de geboorte, ik meen op de achtste dag na de geboorte. Het gaat dus om zeer kleine plassertjes die besneden worden. In dat geval ben ik wel bezorgd om die baby's die geen enkele keuze hebben. Als dat in een parallel circuit zou gebeuren, stel ik mij vragen omtrent de gezondheid van deze kinderen.

Dit is een debat dat moet worden gevoerd. Is het een ethische zaak, waarvan men vindt dat men niet moet terugbetalen als het religieuze redenen betreft? Als het louter het reduceren van uitgaven betreft, hebben wij geen idee om welk percentage het zou gaan. Heel veel kinderen ondervinden er inderdaad problemen mee. Bovendien bestaan er bij de besnijdenis gradaties en verschillende technieken. Ik heb zelf als arts om medische redenen veel plassertjes moeten doorverwijzen. Belangrijk is wel dat de besnijdenis hygiënisch gebeurt en met kennis van zaken. Meestal zijn het kinderurologen die het doen.

09.03 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, dat is hetzelfde antwoord als in de plenaire vergadering, en ik begrijp niet goed hoe u daartoe komt.

Ik wil geen verbod op besnijdenis om religieuze redenen, want dat is inderdaad een heel andere discussie. De raad voor ethiek raadt trouwens aan om dat debat ook te voeren, maar daar blijf ik nog wat van weg, want dat is niet zo eenvoudig. Ik ben het met u eens dat men dan in een illegaal circuit zou kunnen belanden.

Wat ik hier vraag heeft niets te maken met niet naar dezelfde dokter mogen gaan als het om religieuze redenen gebeurt. De besnijdenis bij een baby kan perfect bij dezelfde uroloog gebeuren. Alleen vind ik dat onze maatschappij, wat gezondheidszorg betreft, niet moet meebetalen wanneer dit om religieuze of private redenen gebeurt, zo simpel is dat. Ik vind dat er dan geen sprake is van een ethische discussie. Die lijn kan sowieso getrokken worden. Ook de aantallen vind ik weinig relevant, vermits het om het principe gaat: men doet in gezondheidszorg toch geen uitgaven in verband met religie.

Ik kijk er wat van op, mevrouw de minister, dat u daarin een andere stelling verdedigt. De argumentatie die uw kabinet heeft voorbereid, slaat op twee punten. Ten eerste, het gevaar van illegaliteit. Dat valt al weg, want dat zal zich voordoen bij een verbod, maar niet wanneer men er zelf voor moet betalen. Dat moet men in een illegaal circuit ook doen, dus dit is geen argument. Het tweede argument was dat een arts niet mag vragen naar religieuze gronden. Dat moet hij ook niet doen, hij moet gewoon zien of het medisch mogelijk is.

Ik blijf aldus bij de zuivere stelling dat de terugbetaling van gezondheidszorg niet dient voor het financieren van religie of privébeslissingen. Dat doen wij in heel veel andere dossiers ook niet. Volgens mij heeft men hier nog nooit bij stilgestaan: ik vind dit de logica zelf. U overtuigt mij vaak met uw antwoorden, maar ditmaal niet. Het spijt mij.

09.04 Minister **Maggie De Block**: Ik kijk naar de gezondheid en dan bedoel ik de fysieke en de psychische gezondheid. Immers, verminkt worden op jonge leeftijd kan voor de kinderen een psychische belasting inhouden en zal bovendien kosten genereren.

U hebt het recht om te zeggen dat het geen verantwoorde maatschappelijke kost is, maar als minister van Volksgezondheid vind ik dit in het kader van de algemene fysieke en psychische volksgezondheid een kleine investering om een grote winst te behalen. Daar verschillen wij van mening.

09.05 **Valerie Van Peel** (N-VA): Inderdaad. Ik ben er immers helemaal niet van overtuigd dat men naar een illegaal circuit zal gaan wanneer men het niet verbiedt. Waarom zou men naar een illegaal circuit gaan? Daar moet men toch ook betalen.

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

La **présidente**: Nous allons clôturer. Nous avons compris les positions différentes.

Pour la suite des travaux, je vais revenir au point 15 pour poser ma question n° 20439 relative au cadastre. Je transformerai ma question n° 20441 relative à l'alcoolisme en question écrite. Nous pourrions peut-être ainsi poser une ou deux questions complémentaires.

10 **Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cadastre des médecins par commune" (n° 20439)**

10 **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het kadaster van artsen per gemeente" (nr. 20439)**

10.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous avais adressé une question écrite en juin 2015 pour obtenir le nombre de médecins par catégorie d'âge et par sexe fonctionnant à temps plein de manière à avoir une vision territoriale de la situation relative aux médecins généralistes.

Un an plus tard, je n'obtenais toujours pas de réponse. Je vous avais interrogée oralement. Vous m'aviez répondu, je résume, qu'il n'était pas possible de donner ces chiffres par commune notamment pour des raisons de protection de la vie privée. Par contre, il était possible de les avoir par arrondissement du domicile des médecins pour obtenir un cadastre actualisé des médecins généralistes.

Comme en 2016, j'avais posé cette question et que j'avais obtenu une réponse commune par commune, j'ai donc posé la question à la Commission de la vie privée pour lui demander quels étaient leurs arguments pour justifier l'impossibilité d'obtenir cette information.

La Commission vie privée m'a fait savoir au mois d'avril de cette année qu'il n'y avait pas contre-indication à donner accès à ces données commune par commune. La Commission vous avait adressé un courrier où elle vous interrogeait sur vos arguments et vous suggérait des pistes d'action ou de réponse.

Il existe une définition des conditions de transmission de ces données via la loi du 15 janvier 1990 relative à la Banque-Carrefour Sécurité sociale.

Madame la ministre, je me permets de revenir vers vous pour connaître le nombre détaillé commune par commune.

Pouvez-vous maintenant communiquer le nombre de médecins généralistes ayant plus de 500 prestations par an commune par commune, la répartition homme/femme, en fonction de tranche d'âge déterminée et en fonction d'équivalents temps plein?

J'aimerais aussi savoir pourquoi aucune suite n'a été réservée à la demande qui vous a été formulée par écrit par la Commission vie privée à la suite de mon interpellation et quels arguments vous opposez à leur analyse.

10.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, en effet, on peut constater quelques bizarreries dans cette problématique. Il existe une méprise dans votre façon d'imaginer comment s'inscrit la demande formulée auprès de la Commission vie privée de la Banque-Carrefour et la façon dont cela se passe dans la réalité.

La demande de données formulée auprès de la Commission vie privée s'inscrit dans une démarche concertée entre le demandeur (la Commission de planification) et le représentant de la Banque-Carrefour. L'objectif commun consiste à ne pas permettre l'identification des individus au travers des analyses chiffrées.

Il faut donc éviter les petites cellules. En effet, au niveau des communes, l'analyse de l'activité d'un faible nombre de médecins généralistes avec les informations sur l'âge, le sexe et la nationalité rendent possible l'identification de tout un chacun. À cette fin, on ne demande pas les informations liées à la commune d'appartenance et le niveau de précision concernant le domicile se limite à l'arrondissement. Ne disposant pas des données concernant la commune de domicile dans le PlanCAD Médecin de 2004 à 2012, il est tout à fait exact que la cellule de planification ne peut fournir les indications que vous demandez.

J'attire votre attention sur deux points et c'est à cet endroit que cela devient étrange. Lorsque nous avons demandé aux services s'ils avaient reçu la question ou l'offre de service de la Commission de la protection de la vie privée relatives à cette problématique, ils ont répondu n'avoir reçu ni question ni offre de service de la part de ladite commission.

De plus, il s'agit de données concernant le domicile et non le lieu de l'exercice de l'activité pour les prestations INAMI sous statut indépendant, statut le plus répandu chez les médecins. Mes services s'investissent actuellement pour améliorer la collecte de données du lieu d'exercice auprès des principales sources de données, notamment via l'enregistrement du lieu de pratique à l'INAMI.

La discussion n'a pas changé, vous demandez des informations qui ne se trouvent pas dans le système.

10.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je n'ai pas recherché où sont ou ne sont pas arrivés les documents. Je ne me souviens plus si j'avais mis en annexe le courrier que j'ai reçu de la Commission du respect de la vie privée mais je vérifierai. Je peux éventuellement vous le transmettre mais il ne s'agit pas du courrier qu'elle vous a adressé.

Si je me permets d'insister, c'est parce que les cercles des médecins qui s'organisent par groupe de communes rencontrent des difficultés à rassembler certaines données. Je me rends compte que lorsque la Région wallonne établit un cadastre des médecins généralistes et leur répartition sur le territoire, elle se sert de banques de données et d'informations différentes de celles de la Commission de planification.

Si nous voulons une gestion et une régulation complète de l'offre de médecins et ainsi pouvoir analyser la situation avec finesse, tous doivent utiliser les mêmes données pour ne pas comparer erronément des situations.

D'autre part, il est intéressant que les données soient validées grâce à une centralisation des informations. La manière dont j'ai formulé ma question pour obtenir le nombre de médecins correspond à celle que j'avais utilisée, il y a une dizaine d'années où j'avais été obligée de formuler ma question de cette façon pour répondre aux exigences de respect de la vie privée. La première fois, j'avais posé ma question d'une manière plus détaillée. Elle n'avait pas été acceptée.

Je suis perplexe face à cette difficulté. Je m'étonne qu'il n'y ait pas une volonté claire de récolter les données de cette manière-là. Il ne s'agit pas de données secrètes. Je peux évidemment prendre l'annuaire téléphonique et faire, commune par commune, le relevé des médecins. Il me manquera les données sur leur âge. S'agit-il de jeunes médecins ou de médecins plus âgés? Travaillent-ils à plein temps ou non? Ces données sont importantes pour avoir une vision sur l'accessibilité des soins de proximité. Je ne dispose pas des éléments signifiants. Je n'ai donc toujours pas obtenu de réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Je dois également m'imposer le Règlement en ce qui concerne le temps de parole.

Mme la ministre devant nous quitter à 18.00 heures, nous disposons encore de dix minutes.

Je rappelle que les questions jointes n^{os} 20819 de Mme Thoron et 20441 de moi-même sont transformées en questions écrites.

11 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medisch begeleide voortplanting post mortem" (nr. 20898)

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de centrale registratie van medisch begeleide voortplanting" (nr. 20901)

11 **Questions jointes de**

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la procréation médicalement assistée post mortem" (n° 20898)

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement centralisé de la procréation médicalement assistée" (n° 20901)

11.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, eigenlijk vind ik niet dat deze vragen samengevoegd moesten worden. Ik zou graag het eerste deel van deze samengevoegde vraag omzetten in een schriftelijke vraag. Dat is gemakkelijker. Het gaat echt wel om twee verschillende vragen.

Mijn tweede vraag gaat over de centrale registratie voor medisch begeleide voortplanting. In uw antwoord op mijn vorige vraag betreffende het centraal registratiesysteem waarin de wet medisch begeleide voortplanting voorziet, gaf u aan dat er overleg plaatsvindt tussen de bevoegde administratie, het FAGG en de vertegenwoordigers van het College voor reproductieve geneeskunde van de FOD Volksgezondheid. Vandaag is er namelijk nog altijd geen enkele controle op het aantal donaties door eenzelfde donor en het gebruik daarvan. Eenzelfde donor kan namelijk terecht bij verschillende centra.

In dat overleg werd bekeken of het register aan BELRAP gekoppeld kon worden. Daarnaast werd ook het denkspoor onderzocht om de registratie als voorwaarde te stellen voor het gebruik van de nomenclatuur.

Wat is de huidige stand van zaken van dat overleg? Welke vorderingen zijn er intussen gemaakt? Komt die centrale registratie er nu?

Is er duidelijkheid over het denkspoor om de registratie als voorwaarde te koppelen aan de nomenclatuur, om die zo af te dwingen?

In welke mate zou het mogelijk worden ook gegevens van vóór de wet van 2007 in dit systeem op te nemen,

met behoud van de anonimiteit en op vrijwillige basis?

11.02 Minister **Maggie De Block**: Er zal aan het FAGG gevraagd worden om de gecentraliseerde registratie van de medisch begeleide voortplanting te voorzien in de toekomstige e-BELRAP in samenwerking met het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. Deze wordt in de Health Data ontwikkeld.

De verplichte registratie van ivf in BELRAP is voorzien in het koninklijk besluit van 15 februari 1999, houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde moeten voldoen om erkend te worden. Via de wijziging van de nomenclatuur wordt de verplichte registratie in BELRAP met de indicatie voor de intra-uteriene inseminatie nu ook een criterium voor de vergoeding van die intra-uteriene inseminatie.

Dat voorstel moet uiteraard ook worden voorgelegd aan de Privacycommissie. De gegevens voor 2007 zouden theoretisch kunnen worden opgenomen indien het maximum van zes families nog niet is bereikt en indien zij ook beschikbaar zijn in de centra voor medisch begeleide voortplanting.

11.03 **Valerie Van Peel** (N-VA): Het laatste wat u zegt, is op zich wel een schrijnend antwoord. Het is de realiteit, maar...

11.04 Minister **Maggie De Block**: Er zijn er goede en slechte, ik weet dat ook. Er zijn er waar alles minutieus wordt bijgehouden, maar er zijn er ook...

11.05 **Valerie Van Peel** (N-VA): Ja, ik weet het.

Wij spreken over wetgeving die al redelijk oud is. De centrale registratie wordt al lang gevraagd. Het gaat toch ook over belangrijke gegevens voor heel wat mensen.

11.06 Minister **Maggie De Block**: Het instrument daarvoor was er vroeger nog niet, maar nu wel door de nieuwe...

11.07 **Valerie Van Peel** (N-VA): Ik geef geen kritiek op u. Ik vind het alleen schrijnend dat u dat moet antwoorden.

11.08 Minister **Maggie De Block**: Ik vind dat ook niet normaal.

11.09 **Valerie Van Peel** (N-VA): Neen, dat is ook niet normaal.

11.10 Minister **Maggie De Block**: Er wordt nu wel vooruitgang geboekt, maar wij denken dat sommige centra niet alles minutieus hebben bijgehouden, waardoor het moeilijk wordt om het dan ook nog met terugwerkende kracht te registreren.

11.11 **Valerie Van Peel** (N-VA): Ik kan alleen maar zeggen dat dit zeer schrijnend is.

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

La **présidente**: Nous allons donc arrêter nos travaux ici. Notre prochaine réunion aura lieu le 24 janvier.

11.12 **Maggie De Block**, ministre: Je voudrais quand même dire que quand les membres n'ont pas averti, qu'il n'y a pas une cause de maladie ou autre, vous enlevez les questions car il y a un risque d'effet pervers.

La **présidente**: Normalement, j'élimine les questions et pour les membres qui n'ont rien fait savoir aujourd'hui, peu de questions ont été transformées en questions écrites. Deux en fait seulement. Bonne soirée.

*La réunion publique de commission est levée à 17.55 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.55 uur.*

