

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 10 MAART 2015

Voormiddag

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

du

MARDI 10 MARS 2015

Matin

La séance est ouverte à 10.13 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 10.13 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "diabetes bij jongeren" (nr. 2385)

01 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le diabète chez les jeunes" (n° 2385)

01.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, diabetes type 2 wordt echt een wereldwijde epidemie. Vroeger kwam die aandoening vooral bij ouderen voor, vandaar de naam ouderdomsdiabetes. Nu zien wij dat het aantal jongeren ook begint toe te nemen. Het geschatte aantal mensen dat in ons land aan diabetes lijdt is hoog, en wij zien ook hier een stijgend aantal jongeren. Dit is een belangrijk probleem dat de samenleving de komende decennia veel geld zal kosten.

Preventie is de beste behandeling voor diabetes. Als diabeteseducator kan ik dat beamen. Preventie is een deelstaatbevoegdheid, maar het federale niveau beschikt over een aantal hefboomen waarmee het de deelstaten kan helpen in hun strijd voor meer beweging en een gezondere voeding.

Een eerste probleem is dat er veel info op voedingsetiketten staat, maar dat deze moeilijk interpreteerbaar is voor de doorsnee burger. Termen als 'light' of 'zoveel procent minder vet' worden bij de vleet gebruikt. Ik wil u vragen of u de etikettering van onze voeding problematisch vindt en of u overweegt die te herbekijken?

Een tweede probleem is dat de betrokken sectoren zeker bereid zijn om inspanningen te leveren, maar in de gesprekken die ik met hen voerde, wezen zij erop dat een duidelijk kader met prioritaire doelstellingen ontbreekt. Bestaat er een werkgroep met alle betrokkenen – deelstaten, voedingsindustrie, *retail* en onderwijs – die de belangrijkste problemen en uitdagingen in kaart kan brengen en die prioritaire doelstellingen kan formuleren om een duidelijk kader te creëren?

Het is onmogelijk om op alle vlakken tegelijk te werken. Er zou een vermindering van suikers, vetten en zout moeten komen. Zult u zo'n werkgroep op basis van de voedselconsumptiepeiling in het leven roepen?

Wanneer mogen wij de resultaten van de voedselconsumptiepeiling verwachten? Wanneer kan de werkgroep bijeenkomen? U hebt daar al naar verwezen in uw antwoord op de actuele vraag, donderdag, maar u gaf toen geen concreet tijdspad.

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, etikettering valt niet onder mijn bevoegdheid, die materie wordt op Europees niveau gereguleerd. De regelgeving werd nog maar recent veranderd. In december 2014 pas werd de Europese verordening EG 1169/2011 inzake etikettering van kracht. Er zijn momenteel dus geen plannen voor een nieuwe herziening van die regelgeving.

U zegt dat een en ander onduidelijk is en dat klopt. De term 'light' betekent niet dat een product helemaal

geen calorieën, vetten of suikers bevat. Beweringen op etiketten, zoals de vermelding 'light', zijn onderworpen aan de Europese verordening EG 1924/2006 inzake voedings- en gezondheidsclaims. Daarin staan de voorwaarden voor het gebruik van termen als 'light', 'vetarm', 'vetvrij', 'lage energetische waarden', 'zonder toegevoegde suikers' enzovoort.

De term 'light' mag worden gebruikt indien het gehalte aan vetten of suikers met 30 % verlaagd werd ten opzichte van vergelijkbare producten op de markt. Dat betekent dus niet hetzelfde als vetarm of suikerarm, waarbij het maximale vetgehalte of suikergehalte werd vastgelegd. Natuurlijk hangt het ook van het origineel product af. Als het origineel product heel zoet is, dan kan een daling van het suikergehalte met 30 % tot een lightproduct leiden, zelfs al zit er nog redelijk veel suiker in. De term 'light' mag evenwel gebruikt worden bij een verlaging met 30 %.

In 2006 werd het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan gelanceerd met het oog op de verbetering van de voedingsgewoonten van de Belgische bevolking. Dat plan was een platform voor alle publieke en private betrokkenen op alle niveaus, inclusief de deelstaten. In 2014 werd het budget van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan volledig overgeheveld naar de Gemeenschappen als gevolg van de staatshervorming.

De nieuwe voedselconsumptiepeiling bij de Belgische bevolking evalueert de voedingsgewoonten bij de leeftijdsgroep van 4 tot 65 jaar. Voor het eerst wordt er met drie grote groepen gewerkt. Die peiling zal de voedingsgewoonten in kaart brengen en werd gefinancierd met het budget van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan. De resultaten van die nieuwe voedselconsumptiepeiling zullen pas beschikbaar zijn eind 2015 of begin 2016.

Mijn administratie zal de krachtlijnen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan die behoren tot haar bevoegdheden, blijven opvolgen, zoals het beleidsvoorbereidend werk voor de normering en de etikettering van voedingsmiddelen en het overleg met private en maatschappelijke actoren om engagementen af te dwingen rond de vermindering van zout, suiker en verzadigde groepen. Dat is de werkgroep waarnaar ik verwezen heb. Deze acties zullen op termijn dan ook deel uitmaken van een nieuw federaal plan voor voeding en gezondheid, maar natuurlijk binnen onze beperkte bevoegdheden. Verder reken ik erop dat de Gemeenschappen ook hun werk zullen doen.

01.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb niet goed begrepen of iedereen in die werkgroep zit. Is het een werkgroep samen met de deelstaten, de voedingsindustrie, de *retail*, de horeca en het onderwijs? Dat is immers een frustratie die ik vaak hoor vanuit de sector: zij kunnen wel inspanningen doen, maar, als andere sectoren en niveaus niet meewerken, kunnen ze nooit verandering brengen.

Ik kijk uit naar het samenkomen van die werkgroep en hun beslissingen en ik zal daarover vragen blijven stellen.

01.04 Minister Maggie De Block: De voedingsproducenten zijn daarbij ook betrokken, want uiteindelijk liggen zij aan de basis. Zij weten wat erin zit en hoeveel suiker toegevoegd wordt.

01.05 Yoleen Van Camp (N-VA): En de horeca en de *retail*?

01.06 Minister Maggie De Block: Zij produceren geen voedsel, zij dienen het op.

01.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Zij bieden het natuurlijk wel aan.

La présidente: Il existe un système dans l'horeca, dont les règles sont définies par le secteur lui-même: le label de qualité représenté par un *smiley*.

01.08 Minister Maggie De Block: Ja, dat gebeurt op vrijwillige basis. Dan staat er 'calorievriendelijk' of 'suikervrij' op vermeld. Zij doen natuurlijk wel moeite, maar niet overal. Men moet zien waar men binnenstapt.

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

02 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van rookstopmedicatie" (nr. 2388)

02 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des médicaments de sevrage tabagique" (n° 2388)

02.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, van de schade die tabak berokkent en de bijhorende kosten hoef ik de cijfers hier niet te herhalen. Ze zijn gekend.

Jaarlijks kloppen heel wat rokers bij de Tabak Stop Lijn aan met de vraag hen te helpen te stoppen met roken. De organisatie kan mooie resultaten voorleggen. Iets minder dan de helft van de betrokkenen slaagt erin via Tabakstop te stoppen. Dat is geen sinecure, want het gaat vooral om zware rokers, die vaak al lang verslaafd zijn. Een vijfde van de deelnemers heeft meer dan vijf stoppogingen achter de rug.

Wat in de cijfers opvalt, is dat rokers die van hulpmiddeltjes en rookstopmedicatie gebruikmaken, veel meer kans hebben om effectief met roken te stoppen. Die producten zijn echter prijzig en de terugbetaling is momenteel beperkt. Vooral voor kansarme groepen is het op die manier extra moeilijk om van een tabakverslaving af te raken.

Daarom heb ik de hiernavolgende vragen voor u.

Ten eerste, overweegt u te bestuderen of het mogelijk is een slimme terugbetaling voor rookstopmedicatie in te stellen?

Ten tweede, hebt u nog andere plannen op stapel staan om de komende jaren de tabakverslaving in België terug te dringen? Zo ja, welke?

02.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de eerste rookstoppoging is reeds sinds enkele jaren terugbetaald. De werkzaamheid van een herbehandeling wordt wetenschappelijk aangetoond in de momenteel lopende procedure voor terugbetaling van een tweede rookstoppoging. Er zijn immers ook mensen die hervallen. Het koninklijk besluit inzake de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering voor de hulp bij tabakontwenning dateert al van 1 oktober 2009.

Ten gevolge van de zesde staatshervorming is ook die bevoegdheid vanaf 1 juli 2014 aan de deelstaten overgedragen. De bestaande regelgeving blijft van kracht tot een deelstaat over wijzigingen of nieuwe regels beslist. Tijdens de overgangperiode tot eind 2015 beheert het RIZIV nog de dossiers inzake hulp bij tabakontwenning. Het handelt echter al in naam en voor rekening van de deelstaten. Wij hopen dan ook dat eind 2015 de overdracht direct zal worden opgenomen.

In mijn bevoegdheid van federaal minister van Volksgezondheid zal ik mij de komende jaren ook nog focussen op de implementering van de EU-tabakrichtlijn die verschillende elementen voor een hogere gezondheidsbescherming vooropstelt. Zo zullen de producenten en importeurs aan hun klanten verplichte informatie moeten meegeven en de beide verpakkingszijdes moeten de waarschuwende tekst en de bijhorende foto's weergeven. Er is eveneens nogal wat te doen rond de aroma's die soms worden toegevoegd zoals munt, om een aangename geur en smaak te verkrijgen. Dergelijke toevoeging zal ook worden verboden.

Er zitten dus nog wat zaken in de *pipeline*. Het is natuurlijk nodig dat wij de FOD telkens vragen om hiervoor voorbereidingen te treffen. Dat wordt binnen de administratie gedaan en wij komen er vervolgens mee naar het Parlement. In de FOD wordt, weliswaar binnen onze bevoegdheden, voort gewerkt om het roken verder te ontmoedigen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

03 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "wetswijzigingen om de nutritionele verbetering van voedingsproducten mogelijk te maken" (nr. 2389)

03 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les modifications de la législation qui permettraient d'améliorer la qualité nutritionnelle des produits alimentaires" (n° 2389)

03.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag sluit eigenlijk aan bij mijn eerste vraag over diabetes, waarbij ik heb verwezen naar de voeding en de wil van de sectoren

om bij te dragen aan gezondere voeding, waarvoor er vaak een gebrek aan wettelijk kader is.

Ik had hier het voorbeeld geschetst van zout, waarvan is aangetoond dat het is gerelateerd aan een hogere bloeddruk en aan cardiovasculaire aandoeningen.

De toepassing van zoutvervangers in België kent echter een probleem, met name dat nationale wetgeving het gebruik ervan verhindert, bijvoorbeeld in vleeswaren. In dat verband denk ik aan het KB van 8 juni 1983 betreffende de fabricage van en de handel in bereid vlees en vleesbereidingen, dat het gebruik van zoutvervangers en smaakcompenserende aroma's niet toelaat of althans sterk beperkt. Het absurde is dat het in andere Europese landen wel is toegestaan om bijvoorbeeld kaliumchloride te gebruiken. Die producten liggen in de supermarkt gewoon naast elkaar, wat een belangrijk nadeel is voor de Belgische producenten.

De problematiek rond zoutvervangers illustreert dus het bredere probleem van de nationale wetgeving, die herformulatie met het oog op nutritionele verbetering voor verschillende soorten voedingsproducten eigenlijk onmogelijk maakt, terwijl buitenlandse firma's dit wel kunnen gebruiken.

Een ander voorbeeld is mayonaise. In Nederland moet mayonaise 70 % vet bevatten, in ons land 80 %. Onze producenten worden dus benadeeld.

Mevrouw de minister, bent u bereid om een initiatief te nemen om de huidige wetgeving voor voedingsproducten te herzien, opdat innovatie en nutritionele verbeteringen wel mogelijk zouden worden? Vindt u het ook problematisch dat die producten in het buitenland gewoon naast elkaar in de winkelrekken liggen, waardoor onze Belgische producenten benadeeld worden?

Ten tweede, bent u van plan om ter zake initiatieven te nemen? Zo ja, welke timing acht u dienaangaande mogelijk?

03.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, om de hoeveelheid zout in levensmiddelen te verlagen werd in mei 2009, ook in het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan, een akkoord gesloten tussen de voedingsindustrie, andere betrokken economische sectoren en de FOD Volksgezondheid. De doelstelling was een reductie van 10 % van de gemiddelde zoutconsumptie tegen eind 2012.

In 2009 is een representatief onderzoek door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid gebeurd om bij wijze van nulmeting de hoeveelheid zout te kennen die door de burgers in België werd geconsumeerd. Het dagelijks gemiddelde bleek 10,45 gram te bedragen of iets meer dan het dubbele van de door de Wereldgezondheidsorganisatie aanbevolen maximale hoeveelheid. Wij hebben dus wel een zoute voeding.

Er is net een andere studie afgerond om te bekijken of de doelstelling van het akkoord van 2009, dus de reductie met 10 %, is bereikt. De resultaten zullen eind maart beschikbaar zijn.

In het overleg met de betrokken sectoren over de verlaging van de hoeveelheid zout werden vanzelfsprekend zoutvervangers in levensmiddelen, zoals kaliumchloride, besproken. Dergelijke zouten zijn niet noodzakelijk beter voor de gezondheid. Ik denk bijvoorbeeld aan gevoelige groepen zoals bejaarde personen met een gereduceerde nierfunctie of aan dialysepatiënten. Wetenschappers roepen op tot voorzichtigheid met een veralgemeend gebruik van kaliumzouten. Bovendien leidt het gebruik van aroma's en smaakversterkers in vleesproducten niet noodzakelijk tot een betere voedingswaarde voor de consumenten.

Wij blijven hoe dan ook in dialoog met de sector om eventuele reglementaire hindernissen voor een betere voedingswaarde van producten weg te werken, in nauwe samenwerking met de FOD Economie. Dit geldt voor de zoutreductie, maar sinds 2012 gebeurt dit ook in de werkgroep rond energiereductie, waarin de betrokken economische actoren, de voedingsindustrie en de subsectoren, de grootdistributie, de federaties van de horeca en de grootkeukens vertegenwoordigd zijn. Hun bedoeling is de hoeveelheid toegevoegde enkelvoudige suikers, verzadigde vetten en transvetten, het overschot aan calorieën en de grootte van de porties na te gaan. De horeca heeft een invloed op de grootte van de porties, in die zin dat men op een bord één blaadje sla kan leggen of meer.

Momenteel wordt de wijziging van specifieke regels voor onder meer mayonaise en vleesproducten

onderzocht. Ze zijn dus begonnen met de mayonaise.

03.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik begrijp nog altijd niet goed waarom een hesp met kaliumchloride uit Frankrijk gemakkelijk kan worden ingevoerd, maar uit België niet. Die producten liggen naast elkaar in de rekken. Ongeacht onze regelgeving ter zake, in de praktijk is het zo dat deze producten naast elkaar liggen in de winkelrekken. De klant kiest welk product hij neemt. Dat is een belangrijk nadeel voor onze producenten, dat ook zou moeten worden weggewerkt.

Kaliumchloride moet inderdaad met mate worden gebruikt door personen met nierproblemen, maar dat geldt evenzeer voor zout. Een evenwichtigere spreiding van die producten zou de gezondheid zeker ten goede komen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de voedselconsumptiepeiling" (nr. 2390)

04 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'enquête de consommation alimentaire" (n° 2390)

04.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb in de vorige vraag al deels verwezen naar de op stapel staande voedselconsumptiepeiling, waarin enkele duizenden Belgen hun mening zullen geven over hun voeding en fysieke activiteit.

U hebt in uw antwoord bevestigd dat de peiling de federale overheid en de deelstaten helpt om prioriteiten inzake hun beleid rond voeding en gezondheid te stellen.

In welk stadium bevindt de voedselconsumptiepeiling zich? Wanneer mogen wij de resultaten verwachten? Ik heb begrepen dat dat eind 2015 zal zijn.

Welke gevolgen werden er gegeven aan de vorige voedselconsumptiepeiling van 2004?

Wanneer zal de peiling worden herhaald? Er is immers heel wat tijd verstreken tussen de peiling van 2004 en nu.

Klopt het dat er voor de peiling van 2004 een budget van meer dan een miljoen euro werd uitgetrokken, gespreid over drie jaar? Wat is het budget voor de huidige peiling? Wat maakt de prijs zo hoog? Is er een schatting van de *return on investment*?

Tot welke verbeteringen heeft de vorige voedselconsumptiepeiling concreet geleid? Hebt u een zicht op de bespaarde kosten, die daaraan gekoppeld zijn?

04.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, de voedselconsumptiepeiling bevindt zich momenteel in het stadium van het veldonderzoek. Dat wil zeggen het onderzoek met de interviews ten velde. Er werd al twee derde van in totaal 3 200 personen, onderverdeeld in drie groepen, bevraagd. Men bevraagt 1 000 kinderen van 3 tot 9 jaar, 1 000 jongeren van 10 tot 17 jaar en 1 200 personen van 18 tot 64 jaar. Het veldonderzoek zal eind juni zijn afgerond. Daarna moeten de gegevens worden geanalyseerd en verwerkt. Zoals gezegd, mogen de eerste resultaten eind 2015, begin 2016 worden verwacht.

Er zal ook een vergelijkende analyse gebeuren tussen de resultaten van de huidige voedselconsumptiepeiling en de vorige met de gegevens van 2004. Zo zal moeten blijken wat de ontwikkelingen zijn op het vlak van eetgedrag en hoe de voedselconsumptie en -frequentie evolueren. Ik denk dat de vergelijking interessant zal zijn.

Het is de bedoeling om dit soort studie elke vijf jaar uit te voeren, zodat wij de eetgewoontes van de Belgische bevolking in kaart kunnen brengen en het beleid eraan kunnen aanpassen. Wij zullen wel moeten kijken hoe de andere, nu betrokken overheden, onder wie de Gemeenschappen en Gewesten, de peiling in de toekomst mede kunnen financieren.

Voor de huidige voedselconsumptiepeiling wordt een budget van twee miljoen euro vrijgemaakt, verdeeld

over drie jaar. Dat budget is niet niets, maar dat heeft ook te maken met het feit dat de huidige peiling, in tegenstelling tot die van 2004, op drie bevolkingsgroepen betrekking heeft. De peiling beantwoordt aan de eisen inzake voedselpeilingen, die zijn vastgelegd door het EFSA, het Europese Agentschap voor Voedselveiligheid. Dat heeft voorwaarden vastgelegd, onder andere inzake de gebruikte enquêtesoftware.

Tot slot, kan ik er nog op wijzen dat de enquête antropometrische metingen bevat. Dat zijn effectieve metingen van grootte en gewicht, waarvoor weegschalen en staande meetlatten moeten worden aangekocht. Bovendien worden metingen gedaan van de fysieke activiteit aan de hand van versnellingsmeters. Er worden, met andere woorden, meer gegevens opgelijst om betere conclusies te kunnen trekken. Wij trachten op die manier aan de voorwaarden van het EFSA te voldoen, zodat wij ons voedingsgedrag en onze consumptie kunnen vergelijken met andere landen.

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

Op de vragen naar de schatting van wat de peiling ons nu oplevert, tot welke verbeteringen de vorige voedselconsumptiepeiling al dan niet heeft geleid, en de verwachtingen voor de toekomst, heb ik nog geen antwoord gekregen.

04.04 Minister Maggie De Block: Juist door die vergelijking moeten wij te weten komen wat de winst is of waar wij de slechte kant aan het opgaan zijn. Wij moeten het verschil kunnen maken. Er is maar één ijkpunt op de curve, we kunnen dus niet weten of wij aan het dalen of stijgen zijn. Daarom zal die vergelijking zeer leerrijk zijn.

Wat de *return on investment* betreft, suiker en vet reduceren, werkt preventief. Het is zeer moeilijk om de *return on investment* of de resultaten op het vlak van gezondheid te meten, als het om preventie gaat. Er is geen dubbelblinde studie. Studies verlopen normaal gezien dubbelblind en gerandomiseerd. Wij kunnen moeilijk de helft van onze bevolking vragen om heel ongezond te eten om dan de resultaten te vergelijken met die van de anderen. De resultaten zijn dus zeer moeilijk te meten. Er bestaat niettemin een consensus over het gegeven dat wij op preventie moeten blijven hameren en dat er een zekere winst is op het vlak van gezondheid. Het is alleen zeer moeilijk om die te meten.

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

La **présidente**: Madame la ministre, nous venons de parler d'une série de sujets relatifs à la santé et à l'alimentation. Une enquête auprès de la population se terminera fin 2015. En fonction de l'échéance pour arriver à un nouveau plan Nutrition Santé entre le fédéral, les Communautés et les Régions, nous pourrions décider de débattre de ces matières.

04.05 Minister Maggie De Block: Ik ben daar alleszins een voorstander van.

Ik denk echter wel dat, gezien de overheveling van heel wat bevoegdheden naar de Gemeenschappen, wij hen een beetje tijd moeten geven opdat hun administraties zich kunnen organiseren. Wij hebben ook al voor de kinderbijslag een speciale ondersteunende groep moeten oprichten. Er is onder andere ook nog de stagnatie van het personeel. Ik heb daar alle begrip voor.

Ik denk dat de volgende stap zal zijn om weer naar een samenwerking te gaan. Wij hebben ondertussen nog altijd de interministeriële conferentie. Als wij maatregelen willen nemen, die ook besproken moeten worden met de Gemeenschappen, bijvoorbeeld wat er nu in de administratie gebeurt met betrekking tot tabak, kunnen wij altijd via de interministeriële conferentie werken.

Ik zie echter dat zij moeite hebben om alles te implementeren. Het hele pakket van de zesde staatshervorming is ook heel veel. Wij zijn nog maar begonnen met de overheveling van de bevoegdheden.

Dat de staatshervorming is goedgekeurd, betekent niet dat zij al is uitgevoerd.

La **présidente**: À suivre tout en sachant que cette question touche plusieurs niveaux de pouvoir.

05 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la volonté de eHealth d'imposer l'adhésion automatique des patients au partage des données de santé,

en by-passant leur accord" (n° 2417)

05 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voornemen van eHealth om het automatische consent van patiënten voor het delen van gezondheidsgegevens op te leggen, door hun toestemming te omzeilen" (nr. 2417)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, environ 550 000 Belges ont accepté explicitement ce qu'on appelle l'*opt-in*, c'est-à-dire que les prestataires de soins s'échangent leurs données médicales via la plate-forme eHealth, soit pour l'instant 5 % de la population. D'ici fin 2015, les autorités veulent que 25 % de la population passent le cap. Vous avez vous-même annoncé qu'une campagne serait réalisée pour convaincre les patients.

On le sait, certains sont tentés d'inverser le principe d'adhésion des patients en passant, non par une acceptation explicite - ce qu'on appelle l'*opt-in*, mais en passant par l'*opt-out*, système qui consiste à considérer que les patients sont d'accord par défaut - à moins qu'ils ne spécifient le contraire et retirent eux-mêmes leur accord.

Les associations de patients sont résolument contre, ainsi que de très nombreux prestataires de soins. Durant la dernière année, vous aviez vous-même affirmé à plusieurs reprises que les *big data* des soins de santé devraient être échangées entre les mutualités, les autorités, les scientifiques et les industries pharmaceutiques. Votre collègue, le ministre Bart Tommelein, s'est exprimé dans le même sens lors de débats en commission.

Si le partage des données médicales peut conduire à une amélioration de la prise en charge d'un patient, grâce à une transmission plus rapide et plus complète de ses données, et si le fait de disposer de statistiques fiables peut être utile pour mener des politiques de manière pertinente, tout cela ne peut pas se faire à n'importe quelle condition. Certaines balises doivent être respectées. Parmi celles-ci, le respect de la vie privée du patient mais aussi le respect du secret professionnel dont le médecin est dépositaire sont des balises qui ne peuvent en rien être flouées. Partager librement les données de santé entre les caisses d'assurance maladie invalidité, les pouvoirs publics, les scientifiques et l'industrie, cela ne me semble dès lors pas acceptable.

Madame la ministre, vous vous êtes déjà exprimée en faveur de ces échanges des *big data*. En tant que ministre de la Santé, quelle est votre position sur le sujet?

Qu'avez-vous donné comme directives au patron de eHealth?

Comment vous positionnez-vous exactement afin d'assurer le respect strict de la vie privée du patient, le respect strict de son dossier médical, ainsi que le respect strict du secret professionnel des médecins et des prestataires de soins?

05.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, tout d'abord, je dois vous dire que ce sont deux choses différentes. Je regrette cette confusion entre l'*opt in* pour un dossier médical privé et le *big data* qui est tout autre chose. Vous savez bien qu'il ne faut jamais confondre les deux dossiers. Je vais vous expliquer.

Apparemment, la discussion concernant l'adhésion automatique (*opt out*) ou volontaire (*opt in*), comme c'est le cas maintenant, a mené sa propre vie. Néanmoins, aujourd'hui, l'adhésion découle d'une décision volontaire (*opt in*) et une campagne est menée dans ce contexte. Nous devons nous concentrer sur le système *opt in* et nous essayons, au moyen de la campagne, de convaincre le plus de citoyens possible qu'il est dans leur intérêt que les informations médicales puissent être partagées de manière numérique entre leurs prestataires de soins et uniquement entre ceux-ci. C'est très important.

Le principe de la relation thérapeutique doit être garant du fait qu'aucun autre prestataire de soins ne peut avoir accès à ces données. De plus, ces données médicales du patient sont cryptées de manière à les rendre illisibles dans le cas où elles tomberaient entre les mains de personnes non compétentes. De cette manière, le respect strict de la vie privée du patient et de son médecin est vraiment garanti.

Je souhaite également souligner que ce n'est pas l'ensemble du dossier médical qui est partagé. Il s'agit de la partie définie dans le *Summeryzed electronic health record* (SumEHR), qui se trouve également dans l'accord medicomutualiste. Il ne s'agit donc pas d'un dossier médical complet mais seulement d'une partie

qui contient les éléments de santé utiles, nécessaires à un suivi médical ultérieur, un traitement ou à la continuité des soins.

En outre, des règles seront établies pour définir quel groupe professionnel pourra voir quelle partie du SumEHR. Le secret professionnel du médecin sera ainsi garanti.

Je peux vous dire que ce n'est pas 550 000. Au 1^{er} mars, 712 794 patients avaient déjà opté pour ce système, soit environ 100 000 personnes par mois.

Deuxièmement, le partage des données massif, le *big data*, relève d'une problématique tout à fait différente. Les données utilisées pour la recherche scientifique, pour l'analyse des tendances à des fins épidémiologiques, etc. pourront uniquement être des données anonymisées. On ne pourrait en aucune manière retrouver à quelle personne ces données correspondent. Cela se fera sous le contrôle de l'Agence intermutualiste, du KCE et de l'INAMI, d'une tierce partie de confiance et, cela va de soi, des comités sectoriels concernés de la Commission pour la protection de la vie privée.

La notion de tierce partie de la confiance désigne une instance qui délivre des certificats concernant les données, par exemple. Elle garantit la sécurité des données authentifiées, l'émetteur et garantit la fourniture chez le bon destinataire. Il s'agit d'un intervenant indispensable dans la protection des données médicales du patient.

En conclusion, je suis entièrement de votre avis sur le fait que le partage des données médicales peut conduire à une amélioration de la prise en charge d'un patient grâce à une transmission plus rapide et plus complète de ses données. Le fait de disposer de statistiques viables peut être utile pour mener des politiques de manière pertinente.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, si je vous entends bien, vous vous engagez uniquement dans un système d'*opt in*, c'est-à-dire que le patient doit effectivement donner a priori son autorisation et que vous ne permettez pas au patron de l'eHealth de basculer dans un système autre qui est l'*opt out*, système imposé au patient.

Sommes-nous d'accord que vous vous engagez à rester dans un système qui passe par une autorisation explicite du patient?

05.04 Maggie De Block, ministre: C'est la campagne que nous allons mener et notre but est d'atteindre 5 % de patients. Certes, c'est peu, mais pour cette campagne, nous avons sélectionné un *opt in*.

Si j'envisageais un système *opt out*, il serait superflu de mener cette campagne, avec l'énorme travail que cela représente. Il importe d'avoir un *informed consent*, un *opt in* des patients, car le dossier médical reste la propriété des patients et ceux-ci connaissent la raison pour laquelle ils y ont adhéré. C'est dans leur intérêt de donner la possibilité de partager les données nécessaires à leur santé. C'est l'*opt in* connu. C'est réellement dans ce sens que nous avons mené notre campagne.

05.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, au-delà de cette campagne et en fonction de l'évolution du nombre de patients qui vont adhérer à cet échange de données médicales par rapport à leur intérêt en termes d'amélioration de la qualité de la prise en charge, je vous rends attentive à ce que cet engagement, que vous prenez aujourd'hui, soit un engagement qui tienne sur la durée. Basculer dans un système d'*opt out* serait, à mon sens, complètement contraire à l'intérêt du patient et amènerait clairement à des dérives totalement inacceptables. Madame la ministre, j'en appelle à ce que vous restiez dans le système de l'*opt in*.

Par ailleurs, pour ce qui est des *big data*, à un moment donné, le tout est de savoir quel est le champ dans lequel on travaille. Ce n'est pas une confusion que j'amène. J'entends bien que certains jouent sur la corde en fonction des moments où ils s'expriment et sur quels sujets.

05.06 Maggie De Block, ministre: (...) Je ne suis pas d'accord.

La présidente: Madame la ministre, laissons Mme Fonck terminer son intervention. Vous réagirez ensuite si vous le voulez.

05.07 Catherine Fonck (cdH): Si vous le permettez, je termine ma réplique.

Vous évoquez les *big data*, la recherche scientifique, l'analyse épidémiologique, etc. Jusque là, on pourrait encore se dire *why not* si c'est effectivement pour avoir une plus-value en matière de prévention, de stratégie de santé publique. Par contre, là où je ne suis absolument pas d'accord - et vous vous êtes exprimée en ce sens ainsi que votre collègue Vld M. Tommelein -, c'est qu'on aille beaucoup plus loin, y compris jusqu'à l'industrie et aux pouvoirs publics. C'est *no limit* et, à ce moment-là, les risques sont très clairs.

Sur les *big data*, je vous appelle à éviter un très large échange qui mènerait à des abus potentiels, de toutes les manières possibles et imaginables.

La **présidente**: Vous mettez en avant l'utilisation de ces données et qui y a recours.

05.08 Maggie De Block, ministre: Tout d'abord, je voudrais dire qu'il s'agit de deux dossiers très différents. Il est dommage de les avoir regroupés dans la même question. Nous allons évaluer le nombre de patients ayant choisi l'*opt in* à la fin de la campagne. Nous pourrions en discuter par la suite.

Ensuite, s'agissant de *big data*, j'ai toujours dit qu'il serait utile de savoir quelles sont les maladies dont souffriront nos enfants et petits-enfants. En tant que médecin, vous savez que dix ou quinze ans sont parfois nécessaires pour que les recherches aboutissent, tandis que la maladie continue de s'étendre. C'est pourquoi la recherche scientifique a besoin de *big data*: des données anonymisées de grands groupes pouvant nous aider à détecter ces maladies rares. Comme vous avez suivi des formations en hôpital, vous savez aussi que les règles en ce domaine sont très strictes.

Toujours est-il qu'il ne faut pas confondre ces deux dossiers. Les données de quelque patient que ce soit ne seront pas visibles.

05.09 Catherine Fonck (cdH): Ce ne sont pas deux dossiers si différents. Vous essayez probablement de reculer par rapport à vos déclarations antérieures.

05.10 Maggie De Block, ministre: Pas du tout! J'ai toujours dit la même chose.

05.11 Catherine Fonck (cdH): Vos *big data* viennent évidemment de quelque part, en l'occurrence des dossiers des patients – certes, rendus anonymes après coup.

Ensuite, oui, j'ai fait de la recherche scientifique. Mais je ne suis ni une compagnie d'assurance, ni une autorité publique, ni enfin une firme pharmaceutique.

Se servir de données rendues anonymes pour faire de la recherche scientifique, c'est une chose; utiliser les données des patients pour les divulguer auprès des compagnies d'assurance et des groupes pharmaceutiques, en est une autre. Je me permets de vous dire que cela va trop loin. Ce n'est en effet pas acceptable.

La **présidente**: Donc, il s'agit de savoir qui a accès aux banques de données. La question aurait pu être formulée plus clairement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n° 2463 de M. Franky Demon est transformée en question écrite.

Nous abordons à présent les questions sur la mise en œuvre du plan belge pour les maladies rares.

05.12 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, le fait d'avoir regroupé les questions sur le plan belge pour les maladies rares et certains types de maladies est quelque peu problématique.

La **présidente**: J'interroge Mme la ministre afin de savoir si elle répondra à l'ensemble des questions concernant les maladies rares avec un paragraphe spécifique sur la maladie de Verneuil.

05.13 **Maggie De Block**, ministre: Ma réponse concernera toutes les questions.

06 Questions jointes de

- M. Willy Demeyer à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre du Plan belge pour les Maladies Rares" (n° 2506)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des médicaments orphelins" (n° 2621)
- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Plan belge pour les Maladies Rares" (n° 2634)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre du Plan belge pour les Maladies Rares" (n° 2808)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maladie de Verneuil" (n° 2793)

06 Samengevoegde vragen van

- de heer Willy Demeyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de implementatie van het Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten" (nr. 2506)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van weesgeneesmiddelen" (nr. 2621)
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten" (nr. 2634)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de implementatie van het Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten" (nr. 2808)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekte van Verneuil" (nr. 2793)

La **présidente**: La question n° 2506 de M. Willy Demeyer est retirée. Mme Jadin est absente.

06.01 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, mes questions portent sur les médicaments orphelins et sur le plan belge pour les maladies rares. M. Demeyer a retiré sa question car il est à l'étranger.

Les maladies rares, souvent génétiques et dégénératives, touchent moins d'une personne sur deux mille. L'élaboration de leur traitement est donc souvent très longue, complexe et peu rentable puisque cela ne concerne qu'un petit groupe de patients. Pourtant, ces recherches sont fondamentales tant pour les patients souffrant de maladies rares que pour d'autres patients puisqu'elles peuvent également permettre de développer des traitements pour des pathologies bien plus courantes.

Il semble cependant que ces dernières années, l'industrie pharmaceutique soit plus encline à poursuivre des recherches concernant les maladies rares ou orphelines en raison non seulement des mécanismes incitatifs mis en place par l'Union européenne mais aussi de la simplification des procédures d'approbation des médicaments. Ainsi, en 2014, l'Agence européenne des médicaments aurait approuvé quatorze médicaments orphelins et une certaine de ces médicaments seraient actuellement disponibles pour les patients dans l'Union européenne.

En Belgique, il apparaît que soixante-neuf médicaments orphelins sont actuellement remboursés par l'INAMI sous certaines conditions, établies essentiellement sur base des données des études cliniques fournies par les firmes pharmaceutiques. Une approche spécifique et durable des maladies rares en Belgique semble donc indispensable pour que les entreprises pharmaceutiques puissent continuer à investir dans ce domaine.

Madame la ministre, pouvez-vous nous confirmer ces chiffres concernant le nombre de médicaments orphelins actuellement autorisés par l'Agence européenne des médicaments ainsi que ceux concernant le nombre de ces médicaments remboursés par l'assurance soins de santé? Comment expliquez-vous le fait que le nombre de médicaments orphelins enregistrés en Europe augmente plus rapidement que le nombre de médicaments remboursés par l'INAMI? Pouvez-vous nous expliquer concrètement sur quelles bases est déterminé le remboursement de ces médicaments en Belgique?

Le plan Maladies rares, adopté en février 2014, prévoyait notamment d'accélérer la prise en charge par l'assurance maladie de nouveaux traitements. Votre prédécesseur avait ainsi fait adopter le projet *Unmet medical needs* afin de permettre à des groupes de patients souffrant d'une maladie grave d'avoir

accès plus rapidement à de nouveaux traitements innovants qui pourraient avoir un impact majeur sur leur santé, alors qu'aucun traitement efficace n'existe sur le marché. Pouvez-vous nous dire où en est ce projet et si de nouvelles mesures seront prises prochainement concernant l'accélération des procédures de remboursement de ces médicaments orphelins?

En février 2014, la ministre de la Santé, Laurette Onkelinx, avait initié le premier plan belge pour les maladies rares. Répondant à la recommandation de la Commission européenne, ce plan reprenait vingt actions prioritaires, regroupées au sein de quatre axes d'intervention à développer d'ici 2017. En 2014, ce plan avait bénéficié d'un budget de 15,7 millions d'euros.

Si certaines avancées ont déjà eu lieu, il reste du chemin à parcourir tant les obstacles semblent s'accumuler. Ainsi, un des arrêtés d'exécution du plan a été porté devant la Cour constitutionnelle. De plus, l'ampleur de la réforme du financement des hôpitaux qui doit être menée conjointement mais surtout l'austérité budgétaire décidée par votre gouvernement pourraient vous empêcher de prendre les mesures contenues dans ce plan, notamment celles destinées à alléger la charge financière des patients.

Madame la ministre, les personnes qui souffrent d'une maladie rare s'impatientent. Elles ont besoin de solutions concrètes, et non d'un catalogue de bonnes intentions. Pouvez-vous dès lors nous détailler les mesures et actions déjà prises dans le cadre de ce plan? Pouvez-vous nous confirmer votre intention de poursuivre la mise en œuvre de ce plan dans son intégralité? Si oui, pouvez-vous nous donner un calendrier précis? La mise en œuvre du plan Maladies rares devant se faire conjointement entre l'État fédéral et les Régions, des contacts ont-ils déjà été pris en ce sens? Pouvez-vous nous dire si ce point sera bien abordé lors du prochain comité interministériel Santé?

06.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'estime non pertinent le regroupement de questions portant sur les enjeux du plan Maladies rares– notamment l'accès aux médicaments – et sur une de ces pathologies. C'est pourquoi je vais transformer ma question n° 2793 relative à la maladie de Verneuil en question écrite. Il me semble essentiel de ne pas jouer une maladie contre une autre.

Il me paraît important d'obtenir une réponse à propos des maladies rares et des médicaments orphelins. Je vous remercie.

06.03 Maggie De Block, ministre: Ma réponse initiale était plutôt longue, puisque six questions m'avaient été posées.

Vous savez que les maladies orphelines sont reprises dans l'accord de gouvernement et constituent une priorité politique.

Parallèlement, au niveau européen, nous recherchons des solutions communes pour les défis comme les maladies rares. Pour le traitement d'infections complexes ou rares ou en cas de technologies ou d'infrastructures très coûteuses, nous évoluerons vers des soins hospitaliers spécialisés, intégrés dans un réseau clinique entre hôpitaux.

Dans ma note de politique générale du 13 novembre 2014, je précise également que la mise en œuvre du plan Maladies rares et Médicaments orphelins sera poursuivie au cours de cette législature.

Le plan a été adopté en 2013 et se compose de vingt actions assez précises concernant le diagnostic et l'information fournie au patient sur l'optimisation des soins ainsi que le renforcement de la recherche scientifique.

Plusieurs mesures importantes de ce plan ont été mises en œuvre en 2014. Premièrement, une convention relative à la sélection des laboratoires de référence pour les tests diagnostiques non génétiques a été signée en juillet 2014 entre l'Institut scientifique de Santé publique et l'INAMI pour la réalisation d'une étude de faisabilité. L'Institut scientifique mènera également une étude concernant la création d'un système de qualité dans les centres de génétique. Un rapport à ce sujet est attendu d'ici la fin de l'année.

Deuxièmement, des conventions ont également été conclues en 2014 avec de nouveaux centres de référence pour l'hémophilie.

Troisièmement, il est important pour les patients atteints d'une maladie rare de déterminer les centres qui

disposent de l'expertise la plus adaptée pour leur maladie. C'est la raison pour laquelle nous avons prévu l'organisation de soins pour les maladies rares qui permet de reconnaître l'expertise et de la localiser. Des normes d'agrément pour les hôpitaux ont été élaborées à cet effet et les arrêtés royaux correspondants ont été publiés en août 2014. L'étape suivante de ce processus est la reconnaissance des centres par les Communautés et les Régions.

Quatrièmement, l'arrêté royal qui définit les conditions de l'accès accéléré et anticipé aux médicaments pour les patients atteints d'une maladie rare est entré en vigueur en décembre 2014.

Cinquièmement, le registre central des maladies rares intégré à l'Institut scientifique de Santé publique a été lancé ce mois-ci. Dans un premier temps, ce registre consignera les données relatives aux maladies rares fournies par les centres de génétique.

Sixièmement, l'Agence européenne des médicaments a lancé en 2014 l'évaluation des demandes d'autorisation de mise sur le marché de vingt et un médicaments orphelins.

Septièmement, le statut de maladie rare est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013. Il est notamment question d'une maladie rare lorsqu'elle ne se présente qu'une seule fois sur deux mille habitants et est reprise dans les banques de données Orphanet. Les personnes concernées peuvent prétendre à une intervention supplémentaire de l'assurance maladie. Le maximum à facturer s'applique plus rapidement pour elles et, à partir de 2015, les patients concernés auront aussi droit au régime de tiers payant automatique.

Je souhaiterais en outre indiquer que la problématique des maladies rares est examinée avec les Communautés et les Régions dans le cadre de la conférence interministérielle Santé publique et plus particulièrement au sein du groupe de travail intercabinets Maladies chroniques. Les discussions au sein du groupe de travail de la Cellule inter-administrative pour le plan Maladies chroniques et rares du SPF Santé publique ont été relancées récemment. La décision de relancer cette Cellule et de fixer la composition de ces groupes de travail a été prise au début de ce mois.

Le groupe de travail Maladies chroniques a tenu sa première réunion et continuera de traiter ce thème dans le courant de 2015.

Enfin, je veux également prendre un certain nombre d'initiatives au niveau européen et avec mes collègues européens. Les travaux préparatoires à cet égard ont déjà commencé.

Les éléments suivants de ma réponse sont adressés à Mme Fonck et lui seront transmis de façon écrite.

06.04 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je relirai avec intérêt le contenu de cette réponse assez précise qui m'est donnée.

Je vois qu'il y a une volonté de poursuivre ce qui avait été mis en œuvre sous le précédent gouvernement. Vingt actions étaient prévues dans le plan initial et j'ai pointé dans la réponse sept actions qui ont été menées ou qui sont en cours.

Je demanderais à la ministre de rester extrêmement attentive à la poursuite du plan, au fait aussi que ce plan dispose des moyens budgétaires financiers suffisants. Je resterai également extrêmement attentif au dossier.

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

07 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het certificaat voor milieugeneeskunde" (nr. 2547)

07 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le certificat en médecine environnementale" (n° 2547)

07.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, voor mijn vraag over de impact van fijn stof van een tijdje geleden verwees u mij door naar onder andere uw collega Marghem. In haar antwoord verwees zij mij voor een bepaald onderdeel terug naar u.

Ik citeer een deel van haar antwoord.

"Dans le cadre du plan national d'action Environnement-Santé, en collaboration avec mes collègues de la Santé et de l'Environnement des différents niveaux de pouvoir, je participe à la mise en place d'une certification en médecine environnementale. Cette certification doit permettre aux professionnels de santé de mieux prendre en charge les pathologies liées à des causes environnementales."

Voor *les compétences fédérales* zegt zij dat dit certificaat door u erkend zou moeten worden. Zij voegt daar nog zaken aan toe in verband met de luchtkwaliteit in het globaal medisch dossier en verwijst mij tot slot naar u door.

"Pour plus de détails, je vous renvoie forcément vers mon honorable collègue, la ministre de la Santé, Maggie De Block."

Omdat dit certificaat voor milieugeneeskunde mij erg interesseert en omdat ik als groen parlements lid heel veel aandacht heb voor de impact van milieugerelateerde risico's op de gezondheid, zou ik graag een antwoord krijgen op de volgende vragen.

Bent u bezig met zo'n certificaat voor milieugeneeskunde? Wat mogen wij daarvan verwachten? Kunt u daarover iets meer zeggen?

Hebt u weet van elementen als luchtkwaliteit die in het globaal medisch dossier opgenomen zouden worden?

Plant u nog andere maatregelen rond gezondheid en milieu? Kunt u een tipje van de sluier oplichten?

07.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, ik vrees dat u het verhaal van de kip of het ei aan het vertellen bent. Iedereen kent inmiddels de mogelijke impact van blootstelling aan bepaalde factoren in het milieu op de gezondheid. De wetenschappelijke kennis ter zake is nog in volle evolutie en zal hoe dan ook multidisciplinair verwerkt en doorgegeven moeten worden.

De onderwijsbevoegdheden ter zake zijn reeds geruime tijd gedefederaliseerd. Mijn diensten zijn dus niet bevoegd voor opleidingen, vorming of onderwijs inzake milieugeneeskunde. Ik zie ook geen opportuniteit om milieugeneeskunde reeds als bijzondere beroepstitel voor artsen in te voeren, vermits er nog geen bijzonder diploma bestaat. Eerst komt de vorming, dan de titel.

Ik wijs er ook op dat het concept van de zogenaamde certificaten op dit ogenblik juridisch niet omschreven is in het KB nr. 78 dat de gezondheidsberoepen afbakent. Er is op dit ogenblik ook nog geen sprake van een rubriek in het elektronisch medisch dossier. Er is wel een notie GMD+.

In de context van preventieve geneeskunde werd overleg gepleegd over de invoering van een aantal risicodeterminanten voor de gezondheid. U weet dat roken daar één van is, maar de luchtkwaliteit is destijds niet behouden. Toen daarover gediscussieerd werd, heeft men de keuze gemaakt tussen een aantal determinanten. Luchtkwaliteit was daar niet bij. Ik acht het dan ook niet mogelijk voor de individuele arts om ter zake metingen of registraties te doen die voor de individuele gezondheid belangrijk zijn.

Ik wijs wel op het maatschappelijk belang van luchtkwaliteit in de context van het *health in all*-beleid. Dat is aan het groeien, er bestaan daarover ook reeds studies. Denk maar aan de historie rond fijn stof met betrekking tot de overkapping van de Antwerpse ring in het licht van het Oosterweeldossier, een dossier dat een geladen sfeer heeft. Daar hebben artsen zich op basis van buitenlandse studies uitgesproken over de nadelige invloed van fijn stof. Er waren ook studies over lawaai naar aanleiding van de discussies met betrekking tot de luchthaven.

In verband met de bijzondere beroepstitel moet er, mijns inziens, eerst een vorming en diploma zijn. Daarna kan eventueel worden bekeken of er een titel moet ingevoerd worden. Totnogtoe bestaat die niet.

07.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u, maar uw collega zag dat anders.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek naar CVS" (nr. 2551)

08 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage du SFC" (n° 2551)

08.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag komt goed gelegen vermits wij deze namiddag in deze commissie een aantal resoluties ter zake zullen bespreken.

Uw partijgenoot, Nele Lijnen houdt in haar resolutie een pleidooi voor meer wetenschappelijk onderzoek naar het biomedisch model en stelt zich kritisch op tegenover de huidige, louter psychosociale benadering. Zij stelt ook voor dat het KCE dit in een studie verder wetenschappelijk zou uitspitten.

Ik heb die resolutie met veel belangstelling gelezen, net als de andere trouwens. Een studie vind ik een goed idee. Anders dan in de Verenigde Staten, Canada of Noorwegen is het biomedisch model bij ons immers nog zeer weinig bestudeerd, in tegenstelling tot het psychosomatisch of biosociaal model, dat op dit moment in Leuven en Gent als standaardbehandeling dient.

U hebt in antwoord op eerdere vragen gezegd dat het goed is niet alle chronische ziekten op een hoop te gooien maar ze duidelijk apart te houden. Daarover ben ik het u eens. Mij interesseert wel, zeker met het oog op de besprekingen van deze namiddag, wat uw standpunt als minister is over CVS en omtrent de verschillende resoluties, waarvan u wellicht op de hoogte bent.

De patiëntenverenigingen vragen uitdrukkelijk om gehoord te worden. Zit u met hen rond te tafel?

Zult u maatregelen nemen om zorgverstrekkers in de eerste lijn beter te informeren? Zult u artsen bijvoorbeeld een opleiding aanbieden, zoals in Noorwegen gebeurt?

Bent u bereid stappen te zetten om CVS-patiënten een beter statuut te geven? Met andere woorden, wat is uw tijdpad en wat zijn uw prioriteiten ter zake?

08.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, CVS en fibromyalgie zijn volgens verschillende metastudies aandoeningen die nog onvoldoende gekend zijn.

Gezien het grote aantal patiënten die aan deze aandoening lijden en de gevolgen daarvan voor hun fysiek en sociaal functioneren, is het RIZIV in principe bereid om voor deze patiënten bovenop de gewone terugbetalingen de specifieke behandelingen terug te betalen, waarvan het gunstige effect voldoende bewezen is. Hierbij heeft het RIZIV zich steeds gebaseerd op onafhankelijke adviezen van de experts van de Hoge Gezondheidsraad en van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg om vast te stellen voor welke behandelingen dit geldt. Er wordt trouwens ook gekeken naar wat de aanbevelingen zijn van andere, soortgelijke buitenlandse instanties.

De voorbije jaren werd gewerkt aan een nieuw concept van diagnostische centra voor CVS. Het kader is sedert 1 september 2014 operationeel en beschrijft de nodige expertise waarover een centrum moet beschikken om de medische oorzaak van de klachten van de patiënten te kunnen opsporen en behandelen. Het gaat onder meer om de beschikking over een specialist in inwendige geneeskunde. Als er geen andere oorzaak wordt gevonden, kunnen die centra uiteindelijk de CVS-diagnose stellen en de patiënten doorverwijzen naar de cognitieve gedragstherapeut. U weet dat er vaak een heleboel andere zaken moeten worden uitgesloten om uiteindelijk CVS als diagnose te stellen. Via de diagnostische centra zal de cognitieve gedragstherapie en de graduele oefentherapie, zoals nu het geval is, worden terugbetaald. De kandidaat-centra die voldoen aan de criteria van de nieuwe overeenkomst zullen voor hun patiënten de gespecialiseerde behandeling en diagnose kunnen verzekeren.

Ten tweede, van de diagnostische centra wordt precies verwacht dat zij de huisarts van de patiënt betrekken. Dat is wel nieuwer, vroeger fungeerde de huisarts verweesd en werd hij niet meer van nabij betrokken bij de verdere opvolging van de patiënt. In de nieuwe overeenkomst wordt ook in een participatiehonorarium voor de huisarts voorzien en de diagnostische centra bezorgen aan de huisartsen de richtlijnen over hoe CVS vroegtijdig gedetecteerd kan worden en over de begeleiding van patiënten met vermoeidheidsklachten bij wie de diagnose van CVS nog niet gesteld kan worden. De centra moeten ook

behandelingsrichtlijnen bezorgen aan de kinesitherapeuten en aan de cognitieve gedragstherapeuten die in de eerste lijn werken. De diagnosestelling en de follow-up zijn natuurlijk belangrijk, maar de wekelijkse behandeling kan plaatsvinden bij een kinesist dicht bij de patiënt; het is voor de patiënten immers extra vermoeiend om zich telkens naar de centra te begeven. Op die manier zal de expertise van de diagnostische centra beter doorstromen, ook naar de eerstelijnszorg.

Ten derde, inzake het sociaal statuut voor CVS-patiënten kan ik zeggen dat zij in aanmerking kunnen komen voor een verhoogde tegemoetkoming, de maximumfactuur, de derdebetalersregeling en een uitkering voor arbeidsongeschiktheid.

Op dit moment zijn er geen concrete plannen om nog andere initiatieven in dat domein te ontwikkelen dan wat nu reeds gepland is of binnenkort nog van start zal gaan, met name de overeenkomst met de diagnostische centra die bereid zijn om volgens dat uitgewerkt concept te werken.

Wij wachten inderdaad op een medische doorbraak in het onderzoek naar de diagnose. Wanneer de aandoening eenmaal bekend is, weet men ook wat te doen en kan een behandeling daar verandering in brengen. Die doorbraak is er op dit moment spijtig genoeg nog niet. Het is meer dan nodig om het onderzoek naar de oorsprong van die ziekte voort te zetten.

De problematiek van CVS hebben wij ooit nog met toenmalige ministers Aelvoet en Vandenbroucke besproken. U zult zich die gesprekken van ruim vijftien jaar geleden zeker nog herinneren.

Madame la présidente, tout comme moi, vous étiez ici. Nous en parlons depuis longtemps. Où se situe le nœud du problème? C'est qu'on ne connaît pas le diagnostic.

Wij weten niet wat er lichamelijk met die mensen gebeurt.

Des gens de tout âge sont atteints, y compris les jeunes.

Ik denk dat verder onderzoek aangewezen is.

08.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb nog twee korte vragen.

Ten eerste, heb ik het goed begrepen dat u dienaangaande geen nieuwe studie bij het KCE zult bestellen? Dat is immers een vraag van uw partijgenoot.

Ten tweede, wat vindt u als arts zelf van de standpunten van dat biomedisch model? Ik vraag dit uit interesse, er is immers nogal wat controverse in de sector.

08.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, deze namiddag mag mevrouw Lijnen haar resolutie voorstellen en er zal iemand van het kabinet aanwezig zijn. Er zijn daarover ook andere resoluties ingediend. Wij zullen daar zeker een antwoord op geven maar ik wil niet vooruitlopen op de vraag. U weet trouwens dat wij spaarzaam moeten zijn met het aantal studies dat wij bij het KCE bestellen. Er moet *evidence based* materiaal terug te vinden zijn voor het kenniscentrum om daar nog eens een studie over te doen. Vermits er nog geen diagnose is, is er ook nog geen *evidence based* materiaal.

Als er al maatregelen genomen zijn inzake onder andere terugbetalingen, dan is dat gebeurd omdat er zo'n hoge nood aan was in onze maatschappij en omdat er zoveel problemen waren. Dat was echter nog niet op basis van *evidence based* materiaal.

Ik overweeg alle opties en er zal iemand van het kabinet die dat van nabij opvolgt aanwezig zijn, maar ik ga geen voorafname doen.

La **présidente**: Nous reprendrons la discussion sur ce sujet cet après-midi pendant l'examen des propositions.

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

La question n° 2554 de Mme Maya Detiège est reportée. Les questions jointes n° 2555 de Mme Maya

Detiège, n^os 2641 et 2642 de M. Damien Thiéry et n^o2671 de M. Jean-Jacques Flahaux sont également reportées, ainsi que la question n^o 2556 de Mme Maya Detiège.

09 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekenning van de PIT-projecten" (nr. 2566)

09 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'attribution des projets EPI" (n^o 2566)

Je tiens à signaler que les questions des membres qui, vers 12 h 30, ne se seront pas excusés pour leur absence, seront retirées – comme d'habitude.

09.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, in 2011 richtte uw voorgangster, mevrouw Onkelinx, een rondzendbrief aan de ziekenhuizen waarin zij een oproep deed om zich kandidaat te stellen voor bijkomende PIT-pilootprojecten. PIT staat voor Prehospitaal Interventieteams.

Een maand daarvoor was er een uitgebreid advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen verschenen over de toekomst van de PIT. Het advies bevatte een uitgebreide visie om artikelen van de ziekenhuiswet te wijzigen en voorstellen te doen in het kader van de erkenning van de programmatie. Het was de bedoeling van minister Onkelinx om van de PIT een erkende ziekenhuisfunctie te maken, de PIT weg te halen uit de projectsfeer en ze op een structurele manier te financieren en dat alles via een koninklijk besluit te regelen.

Niettegenstaande dat advies hebt u, mevrouw de minister, besloten het experimenteel karakter van de PIT te bestendigen. U hebt een nieuwe oproep voor pilootprojecten gedaan. Als ik goed geïnformeerd ben, zijn er vandaag 21 PIT's actief, verspreid over het hele land. In het kader van de nieuwe oproep konden ziekenhuizen zich hiervoor kandidaat stellen. De oproepingsbrief vraagt de ziekenhuizen om informatie te verstrekken over een aantal aspecten, vooral over het al dan niet beschikken over een MUG en de theoretische tijd die nodig is voor een MUG om het ziekenhuis te bereiken.

Ondertussen hebt u drie ziekenhuizen geselecteerd voor de toekenning van een project. Zevenendertig ziekenhuizen hadden een kandidatuur ingediend, waarvan er tien uitgenodigd werden voor een gesprek. Uit reacties die ik van enkele ziekenhuizen kreeg, bleek dat het voor hen niet duidelijk was op basis van welke criteria de projecten werden geselecteerd. Zij vonden de motivatie van uw antwoord nogal vaag.

Ik heb hier dan ook enkele vragen bij.

In de commissie werd reeds heel veel gediscussieerd over de dringende medische hulpverlening. Onder minister Onkelinx werden toen door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen criteria opgesteld. In grote lijnen waren er een vijftal criteria. Die kwamen erop neer dat men vooral moet bestendigen wat er vandaag al is. Voorts moeten de witte zones, waar vandaag geen dienstverlening is, worden ingevuld. Wij moeten daarnaast vooral kijken naar de regio's waar vandaag al MUG's aanwezig zijn en waar er gespecialiseerde spoedzorg is. Dat waren de vijf criteria die naar voren werden gebracht door de nationale raad.

Ik kan begrijpen dat er niet voldoende budget is om aan alle vragen te voldoen, in toepassing van bepaalde criteria. Ik heb echter wel een aantal vragen, mevrouw de minister.

Op basis van welke criteria hebt u de drie PIT-projecten gekozen?

Op basis waarvan besliste u dat een ziekenhuis dat al dan niet over een MUG beschikt, toch een PIT krijgt? Dat is immers in tegenspraak met de aanbevelingen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Op basis waarvan besliste u dat een ziekenhuis dat niet over een gespecialiseerde spoedgevallenzorg beschikt, toch een PIT toebedeeld krijgt, wat ook in tegenspraak is met de aanbevelingen?

Hield u rekening met de aanrijtijden van de MUG?

Ik wil dus graag weten, mevrouw de minister, op welke criteria u zich hebt geënt voor de toekenning aan de drie ziekenhuizen.

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Muylle, eerst en vooral: ik heb dat niet zelf gedaan. Ik heb daar een gefundeerd advies over gekregen, laat daar geen verkeerde mening over bestaan. Ik ben niet zelf die PIT-pilootprojecten aan het uitbesteden.

Het is inderdaad een belangrijke schakel in de keten van de dringende geneeskundige hulpverlening, maar er zijn vandaag twee problemen: de programmatie en de financiering, en dit doorheen de hele keten. Wij hebben veel werk met die dringende geneeskundige hulpverlening binnen het PIT-dossier. Daarom heb ik aan de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening een advies gevraagd aangaande de programmatie en de financiering, en dit van de gehele keten. Ik verwacht een geconsolideerd advies van de raad en haar werkgroepen tegen het einde van dit jaar.

Op uw vragen in verband met de toekenning van de drie PIT-pilootprojecten, kan ik het volgende meedelen.

Bij de oproep tot kandidatuurstelling werd binnen de rondzendbrief duidelijk aangegeven welke gegevens de kandidaten dienden te bezorgen opdat hun kandidatuur onderzocht zou worden. In de bijlage aan de rondzendbrief zat tevens een *template* van tabel, ten einde de gegevens op eenduidige wijze te kunnen bezorgen. Ik durf dan toch ook stellen dat de aandachtige lezer wist welke criteria belangrijk geacht werden binnen het pilootproject. De criteria, gehanteerd binnen het pilootproject, gaan dan ook verder dan deze voorgesteld door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Zo is het binnen het pilootproject niet alleen belangrijk dat de burger optimaal bediend zou worden door de geografische witte vlekken in te vullen. U weet dat het van het grootste belang is dat de hulpdiensten binnen een bepaalde tijd bij de patiënt geraken. Het is dan ook van het grootste belang dat er een slaagkans is voor dit pilootproject. Door de PIT-stuurgroep werden zo zeer waardevolle projecten op geografisch vlak niet in aanmerking genomen omdat de slaagkans van het project te laag leek of omgekeerd werden zeer goed onderbouwde projectdossiers juist niet in aanmerking genomen wegens geografische criteria.

Voor de toewijzing van pilootprojecten aan locaties buiten de geografische locatie van de gespecialiseerde spoedgevallendienst, kan ik alleen maar zeggen dat dit net ook deel uitmaakt van de evaluatie binnen de pilootfase. We dienen er ons van bewust te zijn dat, indien we een PIT-project wensen uit te rollen over het hele grondgebied, wij ook zullen moeten delocaliseren. Met alleen locaties van gespecialiseerde spoedgevallendiensten zullen wij het gehele grondgebied niet kunnen bedienen. Net daarom is het interessant om ook een locatie te hebben van een ziekenhuis met een gespecialiseerde spoedgevallendienst, maar gelegen op de campus met een eerste opvang. Zo blijft, zoals aangegeven binnen de rondzendbrief, het PIT-pilootproject een ziekenhuisfunctie binnen een instelling, met een gespecialiseerde spoedgevallendienst.

Bij de overweging van het toekennen van een pilootproject aan een instelling waar al dan niet reeds een MUG-functie aanwezig is, dient u te weten dat een locatie zonder MUG-functie de voorkeur kreeg boven een locatie met een MUG-functie. Alleen gebiedt de wetenschappelijke eerlijkheid ons ertoe ook de dynamische eigenschappen van de MUG in overweging te nemen. Zo werden het aantal interventies en de interventietijd van de MUG die er al was, ook mee in overweging genomen. Wanneer de MUG namelijk veel op interventie is en de interventietijden te lang zijn, wordt de bevolking binnen het gebied ook niet altijd op tijd geholpen. Daarom is het interessant om, behalve de MUG's, ook voldoende PIT's te hebben.

Wij zullen dus een puzzel moeten maken, waarbij het ons streefdoel is geen blinde vlekken meer te hebben waar de hulpverlening niet op tijd kan zijn. Die puzzel zal moeten worden gemaakt binnen het hele project van de dringende geneeskundige hulpverlening. U weet dat wij op dat vlak enorm veel werk hebben. De problematiek ter zake is immers gigantisch. Wij kunnen dat ook niet doen los van de algemene hulpdiensten, de brandweerdiensten en alle andere dringende geneeskundige hulpverlening die hier wordt aangeboden.

Daarover is natuurlijk ook overleg met de minister van Binnenlandse Zaken nodig. Wij doen het deel dringende geneeskundige hulp, dat wij echter niet los kunnen zien van de financiering van de hulpposten.

09.03 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, het klopt dat het een chaos is. Het werkveld is zo erg verdeeld. Er zijn ook zoveel vragen. Er is het hele dossier van de dringende geneeskundige hulp, maar er is ook het hele dossier van de niet-dringende geneeskundige hulp, die een bevoegdheid van de regio's is en waarbij er op het vlak van normen en vervoer enorme problemen op het gebied van terugbetaling zijn.

U sprak over brandweergebieden. Wij zitten gelukkig nog in brandweergebieden waar er een heel goede

samenwerking met de ziekenhuizen is. Er zijn echter ook zones waar de brandweer vandaag geen interventie meer doet.

Het werkveld is dus heel sterk verdeeld. Het is echt een kluwen. In die zin zijn wij zeker vragende partij zijn om tot een geïntegreerd model te komen. Dat geïntegreerd model moet echt op basis van bepaalde criteria worden gecreëerd. De Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening heeft toen een deel van de toekenningcriteria vastgelegd.

Mevrouw de minister, ik hoor in uw motivering vandaag begrijpelijkerwijze deels een andere invalshoek. Ik zie in de aanbevelingen van de nationale raad dat het hebben van een MUG voorligt ten opzichte van de ziekenhuizen die geen MUG hebben. U hebt echter de motivering gegeven waarom u die keuze maakt, dat alles natuurlijk binnen de bediening, die in het kader van de spoed binnen de vijftien minuten moet gebeuren.

Ik volg ook uw redenering waarin u aangeeft dat u ook moet kijken naar de witte vlekken. U meent ook dat wij steeds meer naar de gespecialiseerde spoed moeten evolueren, wat ook in het verhaal van de ziekenhuisfinanciering heel sterk naar voren zal komen. Wij zullen er echter ook voor moeten zorgen dat er voorposten zijn en dat er in de regionale spreiding perifere ziekenhuizen zijn, die in het kader van de eerste opvang van de voorposten hun ding kunnen doen.

Mevrouw de minister, ik volg het dossier zeker nader op. Ik kijk ook uit naar het rapport van de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening eind 2015, alsook naar de aanbeveling en uw reactie op het dossier.

09.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Muylle, er is een meerwaarde aan de PIT-projecten, wat ook op het terrein al blijkt. Anders zouden er geen 37 aanvragen voor drie te begeven posten zijn. Het was immers van bij het begin duidelijk dat het over slechts drie mogelijk te begeven posten zou gaan.

Een en ander zal echter zeker een vervolg hebben. Wie er nu niet bij was, zal er misschien in de volgende ronde bij zijn. Zij zijn echter gerangschikt volgens de criteria en volgens de nood aan het binnen afzienbare tijd aan de bevolking hulp bieden.

La **présidente**: Le dossier est donc à suivre après le rapport fin 2015.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'incitation à l'anorexie via internet" (n° 2587)

10 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aansporen tot anorexia via internet" (nr. 2587)

10.01 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, comme nous le savons, l'anorexie est un trouble du comportement qui se caractérise par un amaigrissement important ainsi que par un rapport complexe à l'alimentation, une obsession d'un surpoids supposé et une déformation de l'image corporelle.

L'image de la femme trop souvent véhiculée dans les médias et les diktats de la mode exercent une pression certaine autour de l'image du corps et du poids. Cette pression contribue au développement de pratiques alimentaires qui favorisent, pour les plus vulnérables, des conduites alimentaires pathologiques.

Voici quelques années sont ainsi apparus des sites internet et blogs "pro-ana" qui font l'apologie de l'anorexie comme mode de vie. Aujourd'hui, ce sont les réseaux sociaux qui semblent pris d'assaut par ces personnes en souffrance.

Différentes initiatives parlementaires ont été prises par le passé afin de lutter contre les facteurs de risque de l'anorexie mentale mais aussi afin de tenter de répondre à cette problématique de la promotion de l'anorexie via internet.

Certains opérateurs interdisent déjà aux créateurs de sites web de publier du contenu faisant l'apologie de comportements dangereux, tels que l'anorexie. D'autres obligent les *webmasters* de sites "pro-ana" à placer

un avertissement sur leur page d'accueil ou via un *pop-up*.

Plusieurs réseaux sociaux ont ajouté dans leur politique d'utilisation une mention à l'attention de sites préjudiciables pour les personnes. C'est le cas de *Tumblr* qui interdit la diffusion de tel contenu, de *Facebook* qui supprime tout encouragement aux troubles de l'alimentation ou encore d'*Instagram* qui désactive tout compte jugé comme encourageant l'anorexie sans avertissement.

Il n'en va pas de même pour *Twitter*, par exemple, qui semble de plus en plus investi par les "pro-ana", la liberté d'expression semblant primer sur le contenu tant que celui-ci n'est pas illégal, ce qui n'est pas le cas des messages incitant à s'affamer.

Sachant que les troubles du comportement alimentaire chez les enfants et adolescents est en augmentation ces dernières années, ces pratiques me semblent véritablement nuisibles car elles présentent des risques importants pour la santé des personnes les plus fragiles.

Madame la ministre, des études récentes concernant l'impact de ces sites sont-elles disponibles? Les sites "pro-ana" font l'objet d'une interdiction aux États-Unis et de fermeture en Espagne. Quelle est la politique actuelle de la Belgique par rapport à ces sites? Quelle est votre position en la matière? Pensez-vous que des mesures supplémentaires devraient être prises afin de lutter contre ce phénomène? Si oui, lesquelles? Enfin, en termes de prévention, les Communautés sont évidemment compétentes. Une concertation avec celles-ci est-elle prévue dans ce cadre?

10.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, comme vous, je partage la même inquiétude face à ce phénomène et aux risques de santé qu'il représente. Certains pays comme les États-Unis, l'Espagne et la France ont effectivement pris des mesures législatives afin d'interdire les sites internet ou *blogs* "pro-ana".

Pour ma part, je ne pense pas que ce type d'interdiction puisse régler le problème de façon durable. Mais sans mesure supplémentaire, il existe un risque d'incompréhension des internautes ou de déplacement des sites et des *blogs* interdits. En conséquence, de nouveaux sites internet et *blogs* "pro-ana" pourraient se développer rapidement sous d'autres noms et éloigneraient un peu plus le groupe cible d'une éventuelle sensibilisation. C'est pourquoi je suis favorable à un autre type de mesure.

Aux Pays-Bas, le ministre de la Santé a demandé aux fournisseurs d'accès internet d'insérer un texte d'avertissement, de type fenêtre *pop-up*, qui apparaît lorsqu'on souhaite accéder à un site ou *blog* pro-ana. Comme vous le savez, les messages expliquent que sur ce site ou *blog* communiquent des personnes anorexiques qui ne se considèrent pas comme malades et que le site ou *blog* ne donne aucune information sur les graves conséquences physiques et psychiques de l'anorexie et le grand risque de mortalité. Les messages d'avertissement renvoient également vers un site informatif. Des études concernant l'impact des sites internet et *blogs* "pro-ana" sont disponibles. L'effet positif de ces messages d'avertissement est bien réel puisque, selon les études, de 33 à 60 % des personnes lisant ces messages décident finalement de ne pas consulter le site ou *blog* "pro-ana".

Les fournisseurs belges de sites et de *blogs* "pro-ana" ont été sensibilisés aux dangers que ces derniers représentent pour les jeunes internautes. Je constate avec satisfaction qu'un message d'avertissement est maintenant présent sur certains *blogs* "pro-ana" belges. Ceci me semble être la meilleure réponse et nous continuerons ce genre de sensibilisation.

En ce qui concerne la prévention, il est souhaitable de mettre en place une prévention primaire et secondaire en lien avec les troubles alimentaires. Au-delà de ce point de vue, il appartient à mes confrères des Communautés en charge de cette compétence d'envisager les meilleures actions à mettre en place.

Ce sont souvent des adolescents, surtout les filles, qui sont sensibles à ce genre de messages. Les écoles et les parents doivent se montrer vraiment très attentifs pour pouvoir agir le plus vite possible.

10.03 André Frédéric (PS): Je remercie Mme la ministre pour sa réponse.

Elle met en évidence qu'elle est consciente du problème et des dangers. Ce qui m'interpelle, et je vais continuer à réfléchir à ce sujet, c'est le caractère non contraignant des messages d'avertissement sur les sites, qui sont une manière de dissuader les gens de recourir à ce type de comportement malade. Je ne sais pas si on peut y arriver. Vous dites qu'il est demandé aux gens qui produisent les sites d'avertir. Ils ne sont

pas obligés de le faire.

10.04 **Maggie De Block**, ministre: Certains le font.

10.05 **André Frédéric** (PS): Certains le font, certains ne le font pas. Vous dites que si nous devons légiférer, une règle serait édictée, mais ces sites vont réapparaître le lendemain. Je m'intéresse aux dérives sectaires, c'est la même chose. Quelque chose est supprimé; le lendemain cela réapparaît sous un autre nom. Je vais quand même poursuivre la réflexion. Je pense qu'on met en danger des milliers de personnes par la promotion d'un comportement complètement surréaliste et extrêmement dangereux.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de PET-scanners" (nr. 2601)**

11 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les PET-scans" (n° 2601)**

11.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, volgens de KB's betreffende de zware medische apparatuur is er een maximum vastgesteld voor PET-scanners en kan een dergelijk toestel door een ziekenhuis pas worden opgesteld en uitgebaat met voorafgaande toestemming van de overheid. Sommige ziekenhuizen hebben deze regels niet nageleefd en aan het einde van de vorige legislatuur werden deze praktijken toch geregulariseerd.

De huidige regering, zo heb ik begrepen, wil met dergelijke praktijken breken en een rechtlijnig beleid voeren dat ziekenhuizen die zich aan de regels houden, beloont en geen uitzonderingen toestaat voor ziekenhuizen die de regels aan hun laars lappen.

Ik kom dan tot mijn vragen.

Wat bent u van plan met de illegale PET-scanners die er nu zijn? Plant u ze toch te erkennen of zullen de ziekenhuizen ze moeten verwijderen?

Komt er een sanctie voor ziekenhuizen die door de overheid niet-erkende PET-scanners toch opstellen en exploiteren, of dit in het verleden hebben gedaan? Zo ja, welke sanctie heeft u in gedachten? Betreft het een financiële schikking en, zo ja, van welke orde? Welke ziekenhuizen hebben niet-erkende PET-scanners en lopen het risico hiervoor te worden gesanctioneerd? Zullen de opbrengsten van niet-erkende PET-scanners worden teruggevorderd? Komt daar nog een boete bovenop?

Heeft de overheid een zicht op welke ziekenhuizen over welke apparatuur beschikken?

Voorziet u in maatregelen om te vermijden dat ziekenhuizen in de toekomst nog inkomsten kunnen puren uit niet-erkende zware medische apparatuur? Welke maatregelen liggen daarvoor op de plank en wanneer mogen wij deze verwachten?

11.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, ik kan begrijpen dat u niet alle vragen kunt bekijken die door uw collega's werden gesteld, maar deze vraag werd in de commissie van 2 februari al door mevrouw Muylle gesteld. Ik heb daarop een heel uitvoerig antwoord gegeven. Ik heb dat meegebracht en zal u dat geven.

Uw collega's op het niveau van de Gemeenschappen zullen ook actief moeten zijn, want u weet dat wij hiervoor niet langer bevoegd zijn. Er zijn een aantal dadingen gebeurd. Dat staat ook in het antwoord.

Er zijn zeven ziekenhuizen die een niet-erkende PET-scanner hadden. Zij gingen in het verleden een dading aan. In de toekomst zullen de Gemeenschappen de toekenning en de erkenning van de PET-scanners moeten doen.

Het sluitstuk van dit plan is het maken van een kadaster van toestellen van medische beeldvorming waarmee de installatie van nieuwe toestellen en de status van bestaande toestellen kan worden opgevolgd.

Deze bevoegdheid is dus overgeheveld. Wij moeten hierover uiteraard overleggen, maar wij zijn zelf dus niet meer bevoegd.

Ik zal u het antwoord bezorgen.

11.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Excuseer, mevrouw de minister, ik heb de vraag en het antwoord gemist. Ik zal dit bekijken.

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

12 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de referentiecentra voor zorgvoorziening met betrekking tot vrouwelijke genitale verminking" (nr. 2620)

12 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence pour les soins en matière de mutilations génitales féminines" (n° 2620)

12.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, volgens een studie van het ITG wonen er in België meer dan 13 000 besneden vrouwen. 4 000 meisjes lopen het risico om besneden te worden. Ze komen vooral uit Guinee, Somalië en Egypte, wat u zich ongetwijfeld nog herinnert vanuit uw vorige bevoegdheid. De traditie is in Afrika nog heel ruim verspreid.

Naar aanleiding van die studie besliste voormalig minister van Volksgezondheid Onkelinx om een overeenkomst te sluiten met twee referentiecentra – UZ Gent en Sint-Pieters in Brussel – om de zorg voor die vrouwen te bekostigen. Dat was een zeer goede maatregel, met een jaarlijks budget van 500 000 euro. De bedoeling was om op jaarbasis ongeveer 200 vrouwen multidisciplinaire zorg te kunnen bieden.

Uit hetzelfde onderzoek bleek ook dat jonge meisjes en vrouwen heel veel vragen hebben over het besnijden van jonge meisjes, een praktijk die in België sinds 2001 bij wet verboden is. Al wie aanzet tot genitale verminking, kan sinds dit jaar eveneens bestraft worden.

Ik heb voor u een drietal vragen over de referentiecentra, die toch al bijna een jaar actief zijn.

Ten eerste, is er al een evaluatie van de referentiecentra gebeurd? Indien niet, welke signalen ontvangt u vanuit de twee referentiecentra?

Ten tweede, hebt u er zicht op hoeveel vrouwen het afgelopen jaar zorg hebben gekregen, per referentiecentrum? Hoeveel vrouwen dienden zich aan voor raadpleging? Om welke toegediende zorg ging het? Ging het vooral over medische zorg, een reconstructie bijvoorbeeld, of ook over psychologische ondersteuning?

Ten derde, momenteel is er voor de referentiecentra op de begroting van het RIZIV in een budget van 500 000 euro voorzien. Heeft een evaluatie mogelijke gevolgen voor dat budget? Hebben de huidige besparingen in de gezondheidszorg een impact op het budget voor de referentiecentra?

12.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Hoof, de overeenkomst voorziet inderdaad in een evaluatie die betrekking heeft op de epidemiologische kenmerken van de behandelde patiënten, de verleende zorg, de behaalde resultaten en de werking van het centrum. De overeenkomsten duren in eerste instantie tot en met 28 februari 2017. De globale evaluatie gebeurt dan ook op het einde van de experimentele fase. Met het oog op correcte conclusies moet de evaluatieperiode lang genoeg zijn en betrekking hebben op de gegevens van een voldoende aantal patiënten.

Gegevens over het aantal vrouwen dat zich in de centra heeft aangemeld voor zorg en/of zorgen heeft gekregen, zijn er nog niet, maar ik beschik wel over informatie aangaande het aantal prestaties opgesplitst per type zorg, dat de centra in 2014 gerealiseerd hebben.

In verband met de toegediende zorg kan ik u meedelen dat in 2014 de twee referentiecentra samen 158 zittingen medische en psychosociale begeleiding hebben georganiseerd en dat er twee reconstructieve operaties werden uitgevoerd. Het feit dat de centra slechts twee reconstructieve operaties hebben uitgevoerd, is deels te verklaren doordat een operatie niet meteen de eerste stap in het proces is en gelukkig ook niet altijd nodig is. De operatie wordt alleen uitgevoerd bij rechthebbenden die reeds vijf zittingen

medische en psychosociale begeleiding hebben gekregen, wanneer er op basis van het multidisciplinair overleg besloten wordt dat een operatie noodzakelijk is en wanneer de rechthebbende ook daartoe haar geïnformeerde schriftelijke instemming heeft gegeven. U begrijpt dat dat gevoelig ligt in zo'n gevoelige omgeving en dat de vrouwen eerst daartoe begeleid moeten worden.

Wij krijgen een trimesteriële opvolging van het RIZIV met betrekking tot het aantal vrouwen dat wordt opgevangen en begeleid door de centra.

Het totale budget bedraagt 500 000 euro, maximaal, maar de reële uitgaven zijn afhankelijk van het aantal prestaties dat de centra werkelijk leveren. Het is een betaling per prestatie.

Een herziening van de overeenkomst is niet uitgesloten, maar het is ongebruikelijk dat dit gebeurt voor het einde van de experimentele fase. Zoals gezegd, zal op 28 februari 2017 de overeenkomst globaal geëvalueerd worden.

Gelet op het beperkte aantal begeleidingen en ingrepen volstaat het als maximum ingeschreven bedrag vooralsnog, zijnde een half miljoen euro.

12.03 Els Van Hoof (CD&V): Dank u, mevrouw de minister.

Ik hoor duidelijk in uw antwoord dat u de referentiecentra steunt en dat het uw bedoeling is de evaluatie af te wachten. Er is wel degelijk een grote nood aan. Chirurgie alleen is geen behandeling. Er moet een gemengde psychoseksuologische en medisch-chirurgische behandeling zijn om alle facetten van zo'n trauma aan bod te laten komen.

Het is wel eigenaardig dat ik op de website van het Sint-Pietersziekenhuis Brussel zag dat 14 patiënten een clitorische reconstructie hebben gekregen naar aanleiding van de overeenkomst. Misschien zijn die nog niet opgenomen in de prestaties? Het is wel duidelijk dat naast de 200 aangekondigde raadplegingen ook 100 patiënten behandeld zijn. Misschien is dat aantal nog niet opgenomen in de RIZIV-gegevens?

Hieruit blijkt dat de referentiecentra een antwoord zijn op grote nood. Ik vrees dat die niet zal afnemen maar toenemen. In de mondiale cijfers merkt men immers dat de traditie nog steeds standhoudt in Afrika en alsmaar vaker geëxporteerd wordt naar Europa door de migratiegolven uit die landen. De meisjes die uit de traditie van genitale verminking naar hier komen, hebben vele vragen over seksuele relaties, zwangerschap, bevalling. Sommigen lopen vreselijke urine-infecties op. Ik kan dus alleen maar pleiten voor een goede evaluatie en voor gedegen cijfers om de ondersteuning in stand te houden.

12.04 Minister Maggie De Block: (...) Er is mond-tot-mondreclame dat men daar geholpen wordt, en inderdaad, hoe langer hoe meer vrouwen zullen naar de referentiecentra trekken. Er is een groot wantrouwen bij vrouwen die besneden zijn, maar ik meen dat zij stilaan de weg zullen vinden.

Het is dus goed dat er informatie staat op de website, dat geeft aan dat veel betrokkenen toch vertrouwen in de referentiecentra hebben.

De gegevens waarover ik beschik, komen echter al van het RIZIV. Ik neem aan dat er een latentietijd tussen de behandeling en de rapportering is.

12.05 Els Van Hoof (CD&V): Ik vermoed het.

Belangrijk te weten is dat kinderen steeds jonger worden besneden. Bij organisaties als Kind en Gezin moet men er meer attent worden gemaakt dat besnijdenissen gebeuren op vakantie naar de betrokken landen.

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

La **présidente**: La question n° 2643 de M. Damien Thiéry est reportée.

13 Samengevoegde vragen van
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de filter voor de studies geneeskunde" (nr. 2681)

- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorstel van minister Marcourt een filter voor de studenten geneeskunde in te voeren" (nr. 2783)

13 Questions jointes de

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le filtre pour les études de médecine" (n° 2681)

- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la proposition du ministre Marcourt pour filtrer les étudiants en médecine" (n° 2783)

13.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, u volgt het dossier op de voet. U zult dus wellicht ook hebben vernomen dat alvast de studenten van de VUB zich met een grote meerderheid hebben uitgesproken voor een ingangsexamen naar analogie met het ingangsexamen dat al in Vlaanderen bestaat.

U zult wellicht ook het interview met de Franstalige onderwijsminister, de heer Marcourt, hebben gelezen in *La Libre Belgique* op 28 februari. Ik zal niet nalaten er enkele elementen uit te halen. Hij zegt bijvoorbeeld het volgende in het interview: "Ik haat vergelijkende examens. Ze zijn stom." Bij wijze van provocatie voegt hij eraan toe: "De medische lobby zit achter de beperking van het aantal artsen. Zo beschermen zij hun inkomen." Wij maken een andere analyse van het probleem, maar dat terzijde.

In het interview las ik ook dat het kadaster eraan moet geloven, maar ik was toch even in de war. Hij zegt immers: "Wat helemaal niet kan, is dat als minister Onkelinx naar buiten komt met een kadaster dat bewijst dat er een artsentekort is, dit kadaster volgens deze regering niet deugt en overgedaan moet worden."

Dat is vreemd, want in eerdere interviews verklaarde hij dat er jaren geen dynamisch kadaster is geweest en dat dit net het probleem is. Hij zei ook dat de contingentering gebaseerd is op valse cijfers en dat een concours gebaseerd moet zijn op de cijfers van een medisch kadaster dat wij vandaag nog steeds niet hebben: "Ik dring er dus op aan dat de FOD Volksgezondheid en het RIZIV ons dat kadaster leveren."

Ondanks uw uitgebreide uitleg, mevrouw de minister, begrijpt minister Marcourt het nog steeds niet goed. Wat ondertussen steeds duidelijker wordt, is dat, hoewel u het hem herhaaldelijk hebt gevraagd, hij blijkbaar niet van plan is om een adequate filter in te stellen aan het begin van het academiejaar.

Ik stel u dan ook de vraag die ik u al vaker heb gesteld. Hebt u intussen al officieel bevestiging gekregen van de plannen die minister Marcourt heeft aangekondigd?

Ziet u nog voldoende tijd om een oplossing te vinden en te implementeren aan het begin van het academiejaar 2015-2016?

13.02 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, la fin de l'année 2014 a été mouvementée pour les étudiants en médecine. En effet, une grande inquiétude planait concernant l'octroi des numéros INAMI.

En tant que ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé, vous avez pris vos responsabilités et vous avez marqué votre accord pour l'attribution d'un numéro INAMI à tous les étudiants pour l'année 2015. Toutefois, en contrepartie, le ministre Marcourt devait instaurer un filtre afin de limiter, à l'avenir, l'afflux d'étudiants en médecine et en dentisterie.

Il y a quelques semaines, M. Marcourt avait évoqué une solution et préconisé un concours, en fin de première année, fixant la liste des étudiants autorisés à poursuivre des études en médecine avec la certitude d'obtenir un numéro INAMI.

Madame la ministre, avez-vous eu l'occasion de discuter avec le ministre Marcourt au sujet de sa proposition de filtre? Dans l'affirmative, que ressort-il des discussions que vous avez eues? Dans la négative, quand comptez-vous le rencontrer en vue de trouver une solution?

Selon moi, nous nous trouvons face à un contrat, une situation *win-win*. Ce faisant, les deux parties doivent respecter leur parole et contribuer à faire évoluer le dossier, comme le prévoit l'accord initial. Malheureusement, dans les faits, il semble que cela ne soit pas le cas. Je souhaite donc avoir des informations à ce sujet.

13.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Peel, mevrouw Cassart, het wordt hier een echte soap in de

commissie.

Na het interview in *La Libre Belgique* van 28 februari te hebben gelezen, maak ik dezelfde analyse als u. Ik kan er alleen aan herinneren dat ook minister Marcourt aandrang op de terbeschikkingstelling van het zogenaamd dynamisch kadaster, ter gelegenheid van het onderhoud dat ik samen met hem en minister Crevits had op 5 december 2014. Toen zei hij nog dat ik het *aussi vite que possible* moest hebben. Hij heeft eind januari 2015 nog een brief gestuurd waarin hij enkele intenties meegaf over het instellen van een filter vanaf het academiejaar 2015-2016 om de instroom van studenten in de geneeskunde in overeenstemming te brengen met de door de Planningscommissie bepaalde quota.

De zienswijze van minister Marcourt is blijkbaar enorm gewijzigd tussen de brief van eind januari en het interview van eind februari. Dat verbaast mij want in dezelfde brief aan mij — die werd ook in de krant gepubliceerd en is dus niet geheim — herhaalde minister Marcourt nog de noodzaak om te beschikken over een dynamisch kadaster.

Ik citeer uit zijn brief van 21 januari 2015 die zoals gezegd ook in de krant werd gepubliceerd:

"Avec vous, je veux mettre en œuvre une solution durable et structurelle de la gestion du contingentement. Celui-ci doit nécessairement s'appuyer sur un cadastre dynamique de l'activité médicale afin de couvrir les besoins en prestataires pour les Communautés du pays et en y intégrant les évolutions dans le temps."

Wat er met minister Marcourt tussen eind januari en eind februari is gebeurd, dat weet ik niet.

Comme vous le dites, c'est un *win-win*. J'avais dit que je voulais faire cela, et il a dit qu'il préférerait les autres actions.

Ik kan u zeggen dat de werkzaamheden in de Planningscommissie volgens een strakke timing plaatsvinden. Ik had dat ook gevraagd.

Tussen december 2014 en februari 2015 werden tijdens meerdere werkgroepvergaderingen voor alle specialismen en voor de huisartsengeneeskunde de gegevens gevalideerd die voor dat dynamisch kadaster nodig zullen zijn. De Planningscommissie heeft daarover een presentatie gegeven tijdens een hoorzitting van de Franse Gemeenschap in het Waals Parlement.

Le ministre Marcourt était présent et a donné son interview après.

J'aimerais encore rappeler ce que j'ai déjà expliqué à ce sujet, il y a plusieurs mois, en réponse à d'autres questions parlementaires sur le sujet, à savoir que la mise en place d'un filtre efficace à partir de l'année 2015-2016 est une condition préalable pour pouvoir adopter un régime de prolongation de la période de lissage après 2018. Chacun sait que sans ce régime de lissage, un grave problème se posera pour les étudiants qui ont déjà entamé les études et qui seront diplômés au cours des années 2016 à 2020.

Als hij dat niet doet, creëert hij een onoverkomelijk probleem voor de studenten die nu al hun studies hebben aangevat.

Ik ben daarover trouwens ook in overleg getreden met de studenten. Het is voor zowel de studenten als hun ouders onaanvaardbaar dat zij geen toegang zouden krijgen tot het uitoefenen van hun beroep als zij die studies al hebben aangevat. Ik heb mijn voorstel dan ook in die richting opgesteld. Al degenen die nu reeds hun studies hebben aangevat, zullen de mogelijkheid krijgen om tot het beroep toe te treden via de positieve *lissage* die ik eventueel wil verlengen. Daarna zal er desnoods echter ook een negatieve *lissage* worden opgelegd als er sprake zou zijn van overtal.

Het dynamische kadaster was nodig om te weten hoeveel artsen nodig zullen zijn voor onze gezondheidszorg en rekening houdend met alle demografische, geografische en andere evoluties. Al die parameters werden aan de Planningscommissie meegedeeld omdat het nodig is te weten hoeveel artsen er nodig zullen zijn en hoeveel wij er dus moeten laten beginnen vanaf 2015-2016.

Ce dossier a été inscrit à l'ordre du jour de la conférence interministérielle du 30 mars prochain et des réunions préalables du groupe de travail intercabinets concernant les professions de soins.

Les ministres communautaires compétents pour l'enseignement supérieur ont évidemment été invités à participer aux travaux et à remettre une note, qui précise de quelle manière les Communautés élaboreront et mettront en place le filtre en question à partir de l'année académique 2015-2016.

Ook Vlaams minister Crevits herbekijkt die filter omdat er zich, zoals u weet, ook moeilijkheden hebben voorgedaan rond het ingangsexamen.

Ces notes doivent également permettre de faire en sorte, pendant les discussions concernant le dossier, que les Communautés peuvent se convaincre mutuellement et convaincre le niveau fédéral de la pertinence et de l'efficacité du filtre proposé. L'introduction à temps du filtre est et reste de la responsabilité exclusive des Communautés.

We kunnen niet beter werken dan in volle transparantie, met de bevoegde ministers rond de tafel. Er moet een akkoord zijn van het federale niveau, maar ook van de Gemeenschappen, in de interministeriële conferentie. Ik heb het geagendeerd op 30 maart.

13.04 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, dan zien wij elkaar 31 maart sowieso terug, als dat zou kunnen.

Ik wil toch even iets aanstippen. Met betrekking tot uw analyse over hoe het kan dat de uitspraken over het kadaster zo wijzigen, heb ik misschien geen zekerheid maar wel een idee ter zake. Ik denk dat die discussie zich eerder intern in de partij zal situeren. Dit terzijde, want dat is niet het belangrijkste.

Weer heb ik u horen zeggen dat het ingangsexamen aan het begin van 2015 een absolute voorwaarde is voor een verdere *lissage*. Ik hoor u ook zeggen, hoop ik, dat de negatieve *lissage* die daarop zal moeten volgen om het terug af te betalen, om het zo te noemen, meteen vanaf de aanvang zal worden ingezet, dus dat die twee van bij het begin gekoppeld worden aan de nieuwe quota. Ik wil immers vermijden om hier te worden geconfronteerd met een soort generaal pardon na vijftien jaar non-beleid aan Waalse zijde, zonder dat we de zekerheid hebben dat die situatie terug wordt rechtgezet. Ik weet dat daar een pijnpunt zit en dat het niet zo evident is om het te koppelen, maar ter zake wil ik er toch voor pleiten dat dit op één of andere manier zou gebeuren.

13.05 Minister Maggie De Block: Het zijn twee zaken. In het voorstel dat ik heb gedaan, zullen degenen die nu in eerste of tweede bachelorjaar zitten – het zijn geen kandidaturen meer – hun diploma kunnen behalen. Daarom is het belangrijk om die proef reeds te doen aan het begin van 2015. Al wie vanaf dan in die cohorte zit, zal wel onderhevig zijn aan die negatieve *lissage*. Daarom moet dat aantal naar beneden.

Ik heb u ook al gezegd dat, gezien het in Wallonië gemaakte overtal, wij die negatieve *lissage* in Wallonië over een aantal jaren zullen moeten spreiden. Noodgedwongen. Het heeft al heel lang geduurd. We tellen al die overtallen op en dat zal over een aantal jaren gespreid moeten worden. Zij zullen ook gecompenseerd moeten worden. In Wallonië zijn er vele jaren achter elkaar overtallen geweest.

Het aantal overtallen kan natuurlijk nog gewijzigd worden als wij over de juiste informatie van het dynamisch kadaster beschikken. Gelet op al die elementen en fulltime equivalenten, is het mogelijk dat wij zeggen dat er meerdere artsen nodig zijn. In dat geval zal de negatieve *lissage* minder erg zijn dan nu verwacht wordt, maar ze zal in ieder geval gecompenseerd moeten worden. Anders hebben we geen akkoord tussen de drie.

Het gaat niet om een uitvinding van mij. Ik heb getracht om een akkoord te maken met de twee Gemeenschappen. Het gaat, niet te vergeten, ook om een politiek akkoord, af te spreken met de partners in de regering. De compensatie waar u bezorgd om bent moet en zal er dus komen.

Momenteel zal ik er echter nog geen cijfers op vastpinnen of evenmin zeggen over hoeveel jaar die compensatie moet lopen, want we moeten eerst over alle gegevens beschikken. We mogen niet het gevaar lopen een *pénurie* te ontwikkelen, noch in Vlaanderen, noch in Wallonië. Daar zijn we niet mee gebaat. Daartoe moeten we echt dat dynamisch kadaster hebben.

De Planningscommissie is zeer enthousiast, want die mensen hebben in het verleden nooit over zoveel goede cijfers en parameters kunnen beschikken. Dat levert de meerwaarde op van de kruising van de gegevens van het dynamisch kadaster.

13.06 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour le caractère tout à fait complet de votre réponse.

Je crois que vous maîtrisez très bien le dossier, vous savez où vous allez. À un moment donné, il faut continuer à défendre votre position. C'est indispensable. Il en va de l'avenir de ces étudiants et du nombre de médecins. C'est une décision très importante.

J'entends que la réunion se tiendra le 30 mars 2015 et qu'elle sera précédée d'intercabinets. Cette réunion doit être primordiale. Il faut remettre sur la table l'accord qui avait été convenu voici quelques mois par rapport à ce cadastre dynamique et au fait de ne pas souhaiter arriver à ce lissage négatif.

Je ne dis pas que cela ne relève que de votre responsabilité car vous avez mis en œuvre ce que vous avez promis. En l'occurrence, vous n'êtes pas responsable mais je souhaite vraiment que, ce 30 mars, les ministres régionaux soient mis face à leurs responsabilités et à leur part du travail à accomplir. Je crois qu'avec votre caractère fort, vous en avez la capacité. Ce dossier pourra être un *win-win* si chacun effectue son travail.

Madame la ministre, je vous laisse travailler jusqu'au 30 mars 2015 et je reviendrai après les vacances de Pâques pour essayer d'avoir des informations complémentaires. J'insiste sur l'importance de ce dossier.

13.07 Maggie De Block, ministre: Pendant six semaines, du 11 octobre jusqu'à la fin novembre, j'ai pris le temps de concerter les étudiants, les doyens, etc.

13.08 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Je ne vous reproche rien, madame la ministre.

13.09 Maggie De Block, ministre: J'ai fait ma proposition. Je n'ai jamais changé d'avis et je fais ce que j'ai promis de faire.

U kunt al mijn verklaringen en interviews in Vlaanderen en in Wallonië op een rij zetten. Ik heb altijd hetzelfde gezegd. Ik heb een oplossing uitgedokterd, wij zijn heel inventief geweest. Die oplossing zal er moeten komen, een andere oplossing is niet mogelijk.

La **présidente:** Les interpellations plus précises devront peut-être être adressées à la Communauté française plutôt qu'au fédéral.

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

14 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan tandartsen" (nr. 2732)

14 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de dentistes" (n° 2732)

14.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, zeer recent vernamen we via de kranten dat er een tekort aan tandartsen dreigt. Volgens de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen is in tien jaar tijd het aantal tandartsen met 4,5 % gedaald. Tandartsen worden schaarser en ze worden ook ouder. De gemiddelde leeftijd is momenteel 55 jaar. Velen stoppen of nemen geen nieuwe patiënten aan.

Een nog groter probleem is dat bijna een op drie Vlaamse tandartsen niet geconventioneerd is, wat betekent dat niet altijd de standaardtarieven worden toegepast. Ik verneem ook dat het aantal tandartsen dat gedeconventioneerd is of zich gedeeltelijk deconventioneert toeneemt.

De cijfers spreken voor zich. Van de mensen die lager geschoold zijn heeft slechts 36 % het afgelopen jaar een afspraak gemaakt bij de tandarts, terwijl dat bij de hoger geschoolden 72 % bedroeg. Het is dus belangrijk dat de prijs van de tandarts duidelijk onder controle wordt gehouden. Ik ben bezorgd dat we anders een tandzorg met twee snelheden krijgen, met een vergroting van de gezondheidskloof.

Ik heb dan ook enkele vragen.

U hebt een kadaster voor tandartsen beloofd analoog met het kadaster voor artsen. U hebt echter ook

gezegd dat dit de nodige tijd in beslag zal nemen. Ik vrees dus dat het er niet snel genoeg zal komen. Als we nog jaren wachten zullen we echt een tekort aan tandartsen hebben.

Wat vindt u van het Nederlandse systeem waarbij tandartsen worden aangemoedigd om zich in groepspraktijken te verenigen en daar ook financieel voor beloond worden via assistentie of praktijkfinanciering? Kan dat systeem hier ook soelaas bieden?

Ten tweede, bent u voorstander van de opleiding mondzorgassistent zoals er al een paar zijn in ons land of toch zeker in Vlaanderen?

Ten derde, welke maatregelen zult u nemen om tandartsen aan te moedigen zich te conventioneren en zich niet meer in toenemende mate te deconventioneren om zodoende de prijs voor de patiënt onder controle te houden?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, ik dank u voor uw vraag.

Het is de bedoeling de toegang tot de tandverzorging op een hoog niveau te houden. Dit houdt onder andere in dat de zorg betaalbaar moet zijn en dat er voldoende tandartsen actief moeten zijn.

Wij werken aan een praktijkenkadaster. Dit is een noodzakelijk instrument dat wordt opgesteld door andere personen dan zij die bezig zijn met een tandartskadaster. De manier van werken is echter dezelfde. Wij hebben een dergelijk kadaster nodig om op een doeltreffende manier beslissingen te kunnen nemen inzake het aanbod van tandverzorging en het eventueel stimuleren van groepspraktijken.

Mag ik u zeggen dat momenteel een 70-tal jonge mensen de opleiding tot tandarts hebben aangevat in Vlaanderen en ongeveer 700 in Wallonië? Het kadaster moet ook worden gebruikt om ter zake de nodige maatregelen te nemen. De kwaliteit van de opleiding komt daarbij in het gedrang.

Ik heb een advies ontvangen van de Raad van de Tandheelkunde betreffende de mondzorgassistent. Dit is een hulpkracht voor de tandarts die gelijkaardig is aan de mondhygiënist in andere Europese landen. Ik meen te weten dat er in Nederland zelfs een vrolijk liedje is over de tandartsassistent.

De raad heeft er evenwel voor geopteerd om de term mondhygiënist niet te gebruiken, omdat deze een negatieve connotatie zou hebben. De patiënt zou de competentie van de zorgverlener immers niet meer herkennen. Overeenkomstig het advies van de Raad van de Tandheelkunde spreken wij dus over een mondzorgassistent die steeds zal werken op voorschrift van een tandarts.

De tandarts, op wiens voorschrift de behandeling wordt uitgevoerd, dient tijdens de uitvoering van de behandeling bereikbaar en oproepbaar te zijn. Het kan tot de mogelijkheden behoren dat dit in dezelfde praktijk gebeurt.

Naast het advies van de Raad van de Tandheelkunde heeft mijn administratie een juridische analyse gemaakt over de mogelijkheden om dit beroep te creëren overeenkomstig het advies van de raad. Er moet immers het een en ander worden afgebakend inzake verantwoordelijkheid en de mate van toezicht.

Wat de betaalbaarheid van de tandverzorging betreft, verwijs ik naar het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen, dat vorige week in de Ministerraad werd goedgekeurd.

Het dentomutakkoord bouwt voort op vaststellingen en krachtlijnen die werden uitgezet in de oriëntatienota tandheelkundige zorg in de ziekteverzekering. Het akkoord omvat vernieuwende benaderingen, die tot doel hebben de beschikbare financiële middelen binnen de ziekteverzekering nog beter en efficiënter aan te wenden en de tandartsen weer tot de conventie aan te trekken. Ik verwijs daarbij onder andere naar het mondzorgtraject, waarbij nieuwe terugbetalingen worden ingevoerd voor mensen die regelmatig hun tanden laten nazien, en de antifraudemaatregelen.

Ik heb recentelijk kennis genomen van het aantal weigeringen van toetreding tot het akkoord. Jammer genoeg moet ik vaststellen dat er in 2014 een hoge deconventiegraad was en dat die bestendigd wordt, wat ik ten eerste betreurt omdat de toetreding tot het dentomutakkoord tariefzekerheid aan de patiënten biedt. Ik heb dan ook de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen gevraagd om de huidige situatie te bekijken.

De commissie heeft ook afgesproken dat beroepsverenigingen en verzekeringsinstellingen op korte termijn acties zouden ondernemen in de arrondissementen Antwerpen en Mechelen, waar het akkoord momenteel niet in werking kan treden wegens een te lage conventiegraad. Als het akkoord niet ondertekend wordt door een voldoende aantal tandartsen, dan treedt het akkoord daar niet in werking. Ik ben daarover zeer bezorgd.

Wat de gezondheidskloof betreft, weten wij allemaal dat tandheelkundige zorg het vaakst uitgesteld wordt. Er is op dat vlak geen weg terug. Als de tanden wegvallen, is het moeilijk om mensen opnieuw een voldoende presenteerbaar gebit te geven. Ik spreek dan nog niet over de andere gevolgen van een slecht gebit voor de gezondheid. Dat is voor mij een grote bezorgdheid, ook in het kader van het terugdringen van de gezondheidskloof.

14.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, wat is de reden waarom tandartsen zich zo massaal deconventioneren? Hun gemiddelde leeftijd is 55 jaar, wat betekent dat het merendeel jarenlang wel geconventioneerd was. Wat zet hen aan om zich te deconventioneren?

14.04 Minister Maggie De Block: Ik weet het niet. Het is de jongste jaren altijd een heikel punt geweest. Wij wisten dat het in bepaalde omschrijvingen gevaarlijk zou zijn. Dat is nu ook gebeurd. In Antwerpen en Mechelen is het aantal geconventioneerden te laag om het akkoord in werking te kunnen laten treden.

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

15 Question de M. Benoît Friart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la dangerosité du paracétamol" (n° 2737)

15 Vraag van de heer Benoît Friart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de risico's van paracetamol" (nr. 2737)

15.01 Benoît Friart (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le paracétamol est la molécule présente dans une série de médicaments destinés à soigner divers types de douleur comme la fièvre ou encore la migraine.

Si l'on sait déjà que la consommation de ce médicament à forte dose présente un danger (cas d'hépatite fulminante ou encore danger pour le foie), une étude récente met en évidence de nouveaux risques liés à sa consommation sur le long terme. En effet, cette étude pointe du doigt l'existence d'effets secondaires qui pourraient provoquer des complications cardiovasculaires, gastro-intestinales ou rénales.

Le Pr Philip Conaghan du *Leeds Institute of Rheumatic & Musculoskeletal Medicine* qui a mené cette étude indique que les risques liés à la consommation du paracétamol sur le long terme sont plus élevés que ce qui est actuellement perçu par la communauté médicale. Si le pourcentage des risques reste assez faible, l'étude suggère la nécessité pour les médecins qui prescrivent le paracétamol d'informer leurs patients de ces risques.

Vu le grand usage de ce type de médicament et sa disponibilité à grande échelle, je souhaite, madame la ministre, vous poser plusieurs questions. Ainsi, la communication a-t-elle déjà été établie avec le monde médical en Belgique afin d'analyser les résultats de cette étude? Le SPF Santé publique va-t-il proposer aux médecins d'informer davantage leurs patients quant aux effets indésirables de ce médicament? Au niveau de l'industrie, les différents fabricants de ces médicaments sont-ils en règle en matière d'informations données sur leurs effets secondaires? Existe-il un dialogue à ce sujet entre l'industrie et le monde médical?

15.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Friart, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) est responsable de la pharmacovigilance en Belgique, c'est-à-dire de la surveillance du profil de sécurité des médicaments. Dans le cadre de la pharmacovigilance européenne, la Belgique assure le rôle de *lead member state* pour le paracétamol, c'est-à-dire que la Belgique est chargée de coordonner la surveillance d'éventuels signaux de pharmacovigilance pour cette molécule au niveau européen. Ce rôle implique entre autres une revue mensuelle de la littérature concernant la sécurité du paracétamol et l'analyse des données contenues dans la base de données européenne de pharmacovigilance.

Dans ce cadre, l'AFMPS a analysé l'article publié dans la revue *Annals of the Rheumatic Diseases*. Nous estimons que l'article n'apporte pas de nouvelles données et que les associations constatées dans cet article

entre le paracétamol utilisé de façon prolongée et les effets indésirables étudiés, comme vous l'avez dit, au niveau cardiovasculaire, gastro-intestinal, rénal ou en cas de mortalité sont soumises à des biais qui ne permettent pas de conclure quant à la causalité du paracétamol. Les principales limitations de cette revue de la littérature sont le nombre limité d'études qui ont été incluses dans cette revue et la qualité limitée de ces dernières.

Les conclusions des experts de l'AFMPS seront présentées à la Commission belge des médicaments, composée d'experts académiques dans le domaine du médicament. L'association entre les effets indésirables étudiés dans l'article et l'utilisation prolongée du paracétamol étant soumise à des biais potentiels, le lien de causalité avec le paracétamol n'est pas établi. Il n'y a donc pas lieu de proposer une communication spécifique sur ces effets indésirables à ce stade.

Si cette conclusion devait évoluer en fonction d'autres informations disponibles dans le futur, l'AFMPS ne manquerait bien entendu pas de communiquer à ce sujet.

Présidente: Nathalie Muylle.

Voorzitter: Nathalie Muylle.

De manière globale, la législation relative à la pharmacovigilance européenne définit les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs en ce qui concerne la pharmacovigilance, notamment la détection de signaux.

Toute entreprise ou organisme exploitant un médicament ou produit à usage humain doit mettre en place un système de pharmacovigilance dans le but d'assurer le recueil, l'enregistrement et l'évaluation scientifique des informations relatives aux effets indésirables, susceptibles d'être dus à des médicaments dans un but de prévention et de réduction des risques et, au besoin, à prendre des mesures appropriées.

Ce service de pharmacovigilance est placé sous la responsabilité d'une personne qualifiée, justifiant d'une expertise en matière de pharmacovigilance. Les responsables en matière de pharmacovigilance doivent veiller au respect des obligations de déclaration de pharmacovigilance auprès de l'AFMPS. Le service est également régulièrement soumis à des inspections de pharmacovigilance de la part de l'AFMPS.

Selon la réglementation, toute information ou publicité à destination des professionnels effectuée par une firme doit être conforme au résumé des caractéristiques du produit, qui reprend notamment les effets indésirables des médicaments concernés.

À cet égard, j'estime qu'un bon travail est réalisé continuellement. C'est toujours la preuve que le paracétamol est un médicament. Le slogan de notre action est "*Un médicament n'est pas un bonbon*". Certes, il y a toujours des effets secondaires possibles pour chaque médicament, d'où l'importance d'une pharmacovigilance continue.

15.03 Benoît Friart (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il est très important de connaître le rôle que le service de pharmacovigilance joue dans ce cas. Nous pouvons ainsi être certains que le paracétamol et tout ce qui y est relié est bien suivi.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Omdat mevrouw Gerken naar een andere vergadering moet, zullen wij punt 21/2 behandelen voor punt 21/1.

16 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la gestion de eHealth" (n° 2775)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "eHealth" (n° 2813)

16 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beheer van eHealth" (nr. 2775)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "eHealth" (nr. 2813)

16.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la présidente, dans *Le Journal du Médecin* de la semaine dernière, de nombreuses pages étaient consacrées à la gestion de la plate-forme eHealth.

Madame la ministre, cela fait longtemps, depuis 2010, soit deux ans à peine après la mise en place de la plate-forme eHealth, que j'interroge régulièrement les ministres de la Santé sur la gestion de cet outil.

Cette plate-forme doit être défendue car elle devrait être un outil à la disposition des acteurs de la santé pour permettre la transmission d'informations entre les prestataires de soins hospitaliers, généralistes ou autres, en vue d'améliorer le suivi du patient et d'éviter les examens répétés. Toutefois, force est de reconnaître que sa gestion, via M. Robben, administrateur général de eHealth, et l'ASBL Smals, chargée de fournir des travailleurs à eHealth, pose de réels soucis.

De nombreuses vexations, de non-prises en considération des décisions et, dès lors, le manque de confiance caractérisent les relations entre la direction de eHealth, les médecins, les hôpitaux et les patients. En juin 2012, à la suite de l'une de mes dernières interpellations, la ministre Onkelinx avait dû recadrer M. Robben en restreignant ses capacités à représenter eHealth à l'extérieur et en limitant les situations de conflits d'intérêts liés au respect de la vie privée et à la gestion des dossiers.

Dans les faits, si cet outil est indispensable, s'il existe depuis quelques années, son développement est en dessous des attentes. Selon moi, c'est le résultat du manque de confiance et des difficultés de gestion dont je viens de parler.

Par ailleurs, je m'aperçois, au fil des questions, qu'il est quasiment impossible de savoir qui travaille réellement à eHealth, qui travaille au sein de l'ASBL Smals, qui remplit les cadres et les fonctions. Quand je dépose une question parlementaire sur le sujet, en général, le temps que je dépose la question, il y a eu mobilité des travailleurs pour remplir les cadres suivie d'un changement de la situation quelques mois plus tard.

Madame la ministre, savez-vous où en est le personnel de eHealth? Quelles sont les exigences légales? Quel est le cadre prévu? Quelle est la proportion francophones/néerlandophones pour les différentes fonctions? Quel a été le turnover au cours des trois dernières années?

Dans ma question, j'abordais aussi l'accord des patients et la volonté éventuelle de changer l'*opt-in* en *opt-out*. Je n'y reviendrai pas, car vous y avez répondu précédemment.

S'agissant de la gestion financière, on peut dire que eHealth thésaurise au lieu de remplir correctement ses missions. Deux exemples vont l'illustrer. Il s'agit d'abord de l'harmonisation de la codification. Quand un kiné et un médecin interviennent auprès d'un même patient, ils n'encodent pas leur prestation respective identiquement. Un budget est donc nécessaire à l'harmonisation de ces enregistrements. La formation et l'information des médecins généralistes pour les aider à développer leur logiciel et à mettre à jour leurs dossiers constituent des missions confiées depuis un certain temps, mais qui ont du mal à se concrétiser. Le budget y afférent ne semble pas être utilisé.

Ensuite, j'aurais aimé obtenir quelques informations au sujet d'une rumeur qui circule en ce moment. M. Robben aurait demandé l'aménagement d'une chambre. Il semble qu'il y vive au lieu de s'en servir à titre épisodique. C'est aussi compris dans le financement de eHealth.

Le Journal du Médecin démontre que les travailleurs osent enfin s'exprimer – certes, anonymement. Je sais également que les président et vice-président du comité de gestion ont été alertés à plusieurs reprises, mais qu'ils n'ont jamais donné suite à ces signaux. Il y a donc des responsabilités conjuguées dans le suivi de cette gestion. Moi-même j'ai été rappelée à l'ordre parce que j'osais dénoncer certaines pratiques.

Ne vous méprenez pas sur mes intentions: je défends l'outil, mais je m'interroge sur sa gestion. On a beau être un génie en informatique, en programmation et en constitution de bases de données, les ressources humaines et la collaboration avec d'autres services relèvent d'autres compétences. Il s'agit donc de prendre des mesures. J'aurais aussi voulu savoir quelles étaient vos intentions en la matière.

16.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik wil allereerst expliciet verwijzen naar mijn vraag nr. 622, die ik eind november heb gesteld. In de repliek drukte ik mijn bezorgdheid erover uit dat bepaalde personen betrokken bij de opstartende werkgroep, een dubbele pet zouden dragen. U hebt toen gezegd dat u dat zou onderzoeken.

Hebt u onderzocht of personen met een dubbele pet lid zijn van de werkgroep? Wat waren uw bevindingen en wat hebt u toen ondernomen?

Ten tweede, u hebt uiteraard weet van de problematiek. Wat is daar nu precies van aan? Indien de problematiek klopt, welke acties zult u ondernemen?

Ten derde, hoe verloopt de evaluatie van die persoon en van zijn werk? Dient hij op vaste tijdstippen verslag uit te brengen van zijn vorderingen? Aangezien het hele verloop van het systeem in het gedrang komt door die persoon, willen wij ook weten wanneer wij de implementatie van het eHealth-platform mogen verwachten. Heeft dat vertraging opgelopen of kunnen we de deadline nog halen?

Ten slotte, het mandaat van de administrateur-generaal loopt binnenkort af. Zal dat worden verlengd?

16.03 Minister Maggie De Block: Ik heb uiteraard kennis van de artikels waarin een aantal verhalen en uitlatingen worden gedaan over de mogelijke werking van het eHealth-platform in het algemeen en het functioneren van de leidend ambtenaar in het bijzonder.

Bij het federaal openbaar ambt bestaan er procedures voor de evaluaties van leidende ambtenaren. Bovendien zijn in de openbare instellingen van sociale zekerheid, waartoe het eHealth-platform behoort, specifieke mechanismen in werking waarbij het paritair beheer via de beheerscomités een belangrijke rol speelt, onder meer op het vlak van het toezicht op de werking van de instellingen en hun leidende ambtenaren.

Ik heb het volste vertrouwen in die procedures en mechanismen voor toezicht en evaluatie. Ik heb bovendien frequente contacten met alle leidende ambtenaren en de voorzitters van de beheerscomités. De contacten laten toe de voortgang en de realisatie van de doelstellingen en de werking van het eHealth-platform te bespreken.

Op basis van mijn gesprekken, alsook van regelmatige contacten met de partners en gebruikers van het eHealth-platform, onderstreep ik dat ik nog steeds vertrouwen heb in de leidende ambtenaar en zijn medewerkers om zijn missie en de opdrachten van het eHealth-platform te realiseren.

Ces trois dernières années, respectivement 5, 4 et 8 collaborateurs ont quitté la plate-forme eHealth. Le plan du personnel prévoit 40,5 équivalents temps partiel dont 34 sont actuellement pourvus.

La répartition entre collaborateurs francophones et néerlandophones est de 18 francophones pour 16 néerlandophones.

Er waren ook vragen over een eventuele belangenvermenging of dubbele petten.

Ik heb daarover tot op heden geen enkele aanwijzing. Die ambtenaar krijgt maar een wedde. Ik wil er geen twijfel over laten bestaan dat ik, als er sprake is van belangenconflicten, kordaat zal optreden.

L'accord de gouvernement contient des objectifs ambitieux concernant la poursuite de la mise en place de eHealth dans nos soins de santé. La plate-forme eHealth joue un rôle important dans ce contexte.

L'administrateur général fait rapport, tous les semestres, au comité de gestion de la plate-forme eHealth des progrès enregistrés, en général, et en ce qui concerne le contrat de gestion, en particulier. Il ressort de ce rapport, approuvé par le comité de gestion, que l'évolution de la plate-forme eHealth s'inscrit dans la logique du contrat de gestion.

La plate-forme eHealth joue également un rôle important dans le cadre de la feuille de route e-Santé 2013-2018. Néanmoins, je souligne que cette feuille de route couvre un champ plus large que les seules missions de la plate-forme eHealth. De nombreuses actions de cette *roadmap* sont en cours d'exécution.

Dans le cadre de ma note de politique générale, j'ai prévu une évaluation intermédiaire mi-2015 afin d'évaluer l'état d'avancement de chaque action de la feuille de route et de définir le calendrier pour les années à venir.

La mise en œuvre de la stratégie eHealth au profit de la qualité et de l'efficacité des soins aux patients requiert la collaboration de très nombreux acteurs politiques et de terrain. Cette stratégie aura un impact fort sur les méthodes et processus administratifs et médicaux dans le domaine des soins et des soins de santé.

Pour obtenir le soutien de tous les intéressés, il est très important d'établir un climat de confiance. En tant que ministre fédérale compétente pour les soins de santé en eHealth, je veillerai évidemment à ce que mes administrations respectent et encouragent les principes d'une collaboration ouverte et constructive.

16.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Vous n'avez pas répondu concernant la gestion financière de eHealth et la mobilisation ou la thésaurisation de ses moyens pour remplir ses missions. Je vérifierai moi-même puisque nous avons accès à ses comptes.

Pour le reste, je défends cet outil et je voudrais qu'il développe de vrais partenariats avec les médecins généralistes, avec les hôpitaux, avec les réseaux wallon et bruxellois et les acteurs flamands. Il faut sortir de l'illusion qui fait croire que tous les échanges de données ont bien lieu. Ce n'est pas le cas.

Je me permets d'attirer votre attention sur les difficultés de gestion des ressources humaines au sein de cette plate-forme. Une des raisons pour lesquelles cet outil ne s'est pas développé, c'est parce qu'il y a des soucis de cette nature entre le fonctionnaire dirigeant et les acteurs de terrain. En trois ans, dix-sept personnes ont quitté la plate-forme alors que le travail est très intéressant; il s'agit d'informaticiens et de programmeurs compétents et motivés par leur boulot. Cela vaudrait la peine que vous analysiez la situation. Il est vrai que le comité de gestion joue un rôle d'évaluation et de contrôle mais je pense que vous pourriez mener des investigations de manière plus soutenue.

16.05 Maggie De Block, ministre: Je tiens à faire une petite rectification dans mon intervention.

J'ai parlé de 34 équivalents temps partiel mais il s'agissait bien de 34 équivalents temps plein, l'abréviation (ETP) étant la même.

16.06 Yoleen Van Camp (N-VA): Het is natuurlijk niet omdat iemand maar een ambtelijke wedde ontvangt, hij of zij geen belangen in andere sectoren kan hebben. U hebt mijn bezorgdheid ter zake nog niet helemaal weggenomen.

Ook op mijn vraag of het mandaat zal worden verlengd, heb ik geen antwoord gekregen.

16.07 Minister Maggie De Block: De evaluatie is gepland over drie maanden. Daar gaan bepaalde geploegenheden mee gepaard in een administratie. Er moet eerst een zelfevaluatie worden gedaan. Dan wordt er een begeleidend agentschap aangesteld, meestal Accor. Daarna volgt er nog een evaluatie door mij op basis van het gefundeerd rapport en de zelfevaluatie. Het spreekt voor zich dat ik daar niet op vooruit zal lopen. Dat zou fundamenteel oneerlijk zijn, drie maanden voordat de evaluatie gebeurt.

Ik heb al wat ervaring met evaluaties, voor mijn andere administraties heb ik ook veel evaluaties moeten doen. De evaluatie zal dan ook op dezelfde, zeer grondige, manier gebeuren. Ik zal er dan ook niet op vooruitlopen.

Ik evalueer de ambtenaar op basis van zijn functioneren in mijn administratie. Geruchten en verhalen over iemands privéleven zijn voor mij niet van tel voor zover zij geen invloed hebben op het functioneren van de ambtenaar. Dat behoort tot het respect voor de privacy van de ambtenaren, die het recht hebben hun leven in te richten zoals zij dat willen. Ik zou willen dat iedereen die deontologie handhaaft.

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

17 Samengevoegde vragen van
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan

plaatsen in kinderpsychiatrie" (nr. 2761)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het extra budget voor geestelijke gezondheid" (nr. 2766)

17 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de places en pédopsychiatrie" (n° 2761)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les budgets supplémentaires alloués à la santé mentale" (n° 2766)

17.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is de voorbije week heel wat te doen geweest rond het al dan niet tekort aan plaatsen in de kinderpsychiatrie. Vooral naar aanleiding van het 16-jarige meisje dat in een bed van een volwassene is beland in het licht van een behandeling die eigenlijk in de kinderpsychiatrie had moeten gebeuren.

Ik wil hier vandaag de discussie niet voeren. Er is de voorbije dagen in de pers immers een spelletje gespeeld over de vraag of er nu plaatsen te kort of te veel zijn. Er kwam altijd wel iemand opdraven om te verklaren dat het zus of zo was.

Mevrouw de minister, ik wil vandaag met u het gesprek over de problematiek voeren. Wij beseffen het probleem allemaal goed. Het ligt niet enkel bij u, wanneer wij er de verslagen van de voorbije jaren bijnemen.

Mevrouw de minister, misschien was het tekort er al in uw tijd. Het is een debat dat heel vaak terugkomt, namelijk het debat over de middelen in de geneeskundige gezondheidszorg, zowel voor volwassenen als voor kinderen. Het betreft een discussie die wij tijdens de vorige legislatuur ook heel vaak met minister Onkelinx hebben gevoerd. Iedereen hier weet ook wel dat er zaken moeten gebeuren, alsook dat kinderen en jongeren op dat vlak een heel kwetsbare groep zijn. Op dat terrein staat heel veel te gebeuren en moet ook heel veel gebeuren.

Wij hebben hier de voorbije jaren de hele discussie gehad over het model van de geestelijke gezondheidszorg waarnaar wij evolueren, namelijk residentiële zorg steeds meer in combinatie met ambulante zorg.

Wij hebben voor de volwassenen de mobiele teams opgericht, het artikel 107. Al vrij snel werd zowel in het federale beleid als in het beleid van de regio's bevestigd dat ook voor kinderen en jongeren heel dringend iets moest gebeuren. Zowel residentieel als in het raam van chronische zorg, van crisisopvang en van ambulante zorg buiten de instellingen moest er wat gebeuren.

Mevrouw de minister, eind 2012 is in het kader van de interministeriële conferentie en in samenwerking met de regio's een verklaring van uw voorganger opgesteld, waarin wordt gesteld dat de overheid ook voor de kinderen en jongeren met de zorgcircuits wil werken. Ze wil ter zake ook deels analoog met artikel 107 voor de volwassenen werken. Er zou een gids komen en er zouden 34 acties worden voorbereid binnen het kader van de doelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie inzake de geestelijke gezondheidszorg.

Mevrouw de minister, ik heb begrepen dat ter gelegenheid van de interministeriële conferentie, die, zoals u al hebt aangehaald, eind maart 2015 zou plaatsvinden, ook gesprekken met uw collega's uit de regio's zouden worden gevoerd of dat een en ander geagendeerd zou zijn.

Mijn vraag is ook de volgende: hoe gaan wij nu verder?

Ik weet dat het over een gedeelde competentie gaat. Alles wat vandaag nog met psychiatrische ziekenhuizen en met het al dan niet afbouwen en inzetten van bedden te maken heeft, is nog altijd federale materie. Alles wat tot de verdere uitvoering behoort, is gewestelijke bevoegdheid. Ik heb ook de nota over kinderen en jongeren gelezen, waarin ook weer rond een vijftal functies wordt gewerkt, die vooral over screening, diagnose en behandeling maar ook over onderzoek gaan.

Mevrouw de minister, hoe gaan wij nu verder?

Ik ben heel sterk betrokken bij de geestelijke gezondheidszorg in mijn provincie, meer specifiek bij de psychiatrische ziekenhuizen. Recentelijk kreeg ik goede studies onder ogen waaruit blijkt dat ook bij

jongeren een hoge prevalentie niet uitzonderlijk is. Diezelfde cijfers gelden trouwens voor volwassenen. Ook bij de meer dan twee miljoen jonge mensen in ons land is er blijkbaar in 20 % een zorgvraag. Dat kan zijn door middelgebruik, zich niet goed voelen, pesten. De studies tonen ook aan dat 5 of 6 % van onze jongeren eigenlijk gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg nodig heeft. Dat betekent dat zij vaak een langdurige behandeling nodig hebben.

Ik ken alleen de cijfers van mijn provincie, maar ik weet dat vandaag in West-Vlaanderen de zorgvraag van slechts een op vijf jongeren beantwoord kan worden. Door gebrek aan plaats kan er maar gespecialiseerde zorg geboden worden aan een op vijf jongeren. Dat betekent dat vier op vijf jongeren vandaag ergens anders terechtkomen, onder andere in de eerste lijn en fragmentaire zorg krijgen. Dat is toch een probleem.

Trouwens, 3 % van de ziekenhuisbedden in de GGZ gaat naar kinderen en jongeren.

Mevrouw de minister, ik weet dat dit een gedeelde bevoegdheid is, maar ik vraag u wat ik van het federale niveau kan verwachten? Zal op de interministeriële conferentie van 30 maart de gids met de 34 acties verder uitgewerkt worden? U hebt de voorbije dagen in de pers gewezen op de 1,2 miljoen die uitgetrokken wordt voor de netwerkcoördinatoren. Er zou er een per provincie komen, en er is 100 000 euro uitgetrokken om aan coördinatie te doen.

Coördinatie is noodzakelijk, daar hebt u een punt. De vraag is of er naast die coördinatie ook bijkomende middelen komen voor de ambulante zorg, voor *outreach*-projecten? Zullen er, naast wat u al aangekondigd hebt, ook bijkomende middelen naar kinderen en jongeren gaan? De begrotingscontrole is volop bezig, mevrouw de minister. Ik vermoed dat u een lijstje hebt van besparingen, maar ook een lijstje van zaken waaraan u extra middelen wil spenderen. Zijn die middelen gepland?

Ik heb u al gevraagd of er middelen gepland zijn voor extra bedden. Ik hoor dat daar vraag naar is, zeker naar A-bedden, K-bedden en T-bedden. Tegelijk hoor ik dat er vraag is naar meer ambulante zorg. Volgens de sector kunnen er maar extra middelen komen als men het aantal ziekenhuisbedden afbouwt en opnieuw inzet in de ambulante zorg.

Mevrouw de minister, ik meen dat de kaarten op tafel liggen en dat we in de komende periode enkel kunnen onderzoeken welke acties we verder gaan ondernemen en, daaruit voorvloeiend, welke budgetten we eraan gaan koppelen.

17.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik sluit mij grotendeels aan bij mijn collega.

Gezien het gevorderde uur zal ik niet alles herhalen wat zij gezegd heeft. Ik wil er echter wel aan toevoegen dat de meerderheid van de sector het erover eens is dat er tekort aan plaatsen is. Het gaat dan niet alleen over het niet op de juiste plaats inzetten van middelen. We kunnen dat niet alleen met coördinatoren opvangen.

Ik sluit mij aan bij de vragen van mij collega.

Op 13 januari hebt u mij al een antwoord gegeven op een vraag inzake deze problematiek naar aanleiding van een ander schrijnend geval. Hoe ver staat u met die gids? Wanneer zullen de coördinatoren aan de slag kunnen gaan? Is de 1,2 miljoen euro die in de eerste helft van 2015 verdeeld zou worden al *en cours de route*?

Gaat u van de gelegenheid van de interministeriële conferentie gebruik maken om dit heikel thema hoog aan de agenda te plaatsen? Bent u van plan om in het raam van de begrotingscontrole extra budget te vragen voor de geestelijke gezondheidszorg? Voor mij mag het ook gaan om een grotere inzet van ambulante zorg, maar 6 % van het totale budget is gezien de schrijnende problematiek, zeker in de kinderpsychiatrie, een mager beestje.

17.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw Muylle, mevrouw Dedry, ik dank u om dit onderwerp eens op een genuanceerde manier aan te snijden.

Ik wist al dat de geestelijke gezondheidszorg in ons land ziek was. Daarom ook heb ik het voor de verkiezingen eigenlijk als een prioriteit opgenomen in mijn zorgplan, met inbegrip van suggesties voor het beleid op de verschillende niveaus, zowel het regionale als het federale. Nu ik zelf op dat domein een

beleidsfunctie uitvoer, weet ik dat het nog veel erger is dan ik ooit dacht. Van in het begin, ook gesterkt door de bepalingen die we samen in het regeerakkoord hebben gezet, heb ik dan ook absoluut een prioriteit gemaakt van de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg en een betere organisatie van de capaciteit ter zake, in het bijzonder voor kinderen en jongeren. Een aantal problemen op het vlak van die capaciteit is gekend, bijvoorbeeld op het vlak van crisisopvang of ambulante opvang. De schrijnende situaties komen dan ook in de pers.

Van bij het begin van mijn aantreden heb ik ter zake de koe bij de horens gevat, om het zo te zeggen, en verschillende initiatieven genomen. In samenwerking met de Gemeenschappen leggen mijn medewerkers de laatste hand aan de gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. De bedoeling van die gids bestaat erin om de krijtlijnen vast te leggen van een geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren dat integratie en continuïteit nastreeft in de acties van alle betrokken zorgactoren. Het is noodzakelijk om de bestaande hiaten in het hulpverleningsaanbod weg te werken.

Wij hebben veel aandacht besteed aan het feit dat de versnippering van bevoegdheden geen verschil mag maken voor de patiënt. Er moet een naadloze overgang kunnen zijn tussen de hulpverlening in residentiële niveau naar het ambulante en naar nazorg, een naadloze overgang tussen preventie, diagnose en het aanbod van de nodige hulp. Uiteindelijk heeft de burger die op dat soort hulpverlening aangewezen is, er geen boodschap aan dat de politiek die bevoegdheden versnipperd heeft.

Daarbij wordt veel belang gehecht aan de mogelijkheid om kinderen en jongeren zo lang mogelijk in hun eigen leef- en leeromgeving te laten blijven. Residentiële opnames zullen natuurlijk altijd nodig blijven indien ze ook echt noodzakelijk zijn. Een dergelijk divers hulpverleningsaanbod wordt ook hier het beste gerealiseerd door netwerken van zorgactoren.

De interministeriële conferentie is gepland voor 30 maart. Deze gids staat op de agenda van deze interministeriële conferentie. Wij hebben hard gewerkt om deze gids op de eerstkomende interministeriële conferentie te kunnen laten goedkeuren. De realisatie van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren zal immers gezamenlijke inspanningen vereisen van alle betrokken overheden, en alle betrokken sectoren en actoren.

Om de netwerken van zorgactoren vorm te geven is er ook nood aan meer overleg en coördinatie. Teneinde die coördinatie voor de sector te kunnen garanderen, heb ik eind 2014 een bedrag van 1,2 miljoen vastgelegd. Deze middelen worden zo vlug mogelijk overgemaakt aan de ziekenhuizen die instonden voor de financiering van de overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg en die na de staatshervorming deelstaatsmaterie zijn geworden.

De toewijzing gebeurt automatisch aan de twaalf betrokken ziekenhuizen. Dit betekent echter niet dat deze ziekenhuizen daadwerkelijk zullen instaan voor de concrete uitvoering van de coördinatie van de netwerken die wij nodig hebben voor kinderen en jongeren.

Ik hoop dat de gids op de interministeriële conferentie wordt goedgekeurd. Wij hebben alleszins goed samengewerkt met de Gemeenschappen voor het voorbereiden en opstellen van de gids. Wij trachten tegelijkertijd afspraken te maken over hoe de coördinatie zal worden ingevuld en hoe deze op het terrein zal worden gerealiseerd. De goedkeuring is gepland voor 30 maart. Het streefdoel voor de volledige implementatie van de gids is het einde van dit jaar. Dit is niet niets. Als u weet wat dit betekent voor een provincie dan weet u ook wat dit inhoudt voor heel het land.

Het klopt dat coördinatie alleen de hiaten niet zal opvullen. Er zullen bijkomende middelen worden gevraagd voor preventie, voor ambulante zorg en voor bedden. Volgens mij zullen bijkomende middelen nodig zijn zowel op het niveau van de deelstaten als federaal, voor de uitvoering van het nationaal plan zoals beschreven in de gids.

Op basis van de vrijgegeven middelen zal worden gewerkt aan de uitrol van een reeks prioritaire acties, waaronder ook het stimuleren van de mobiele *outreach*-teams, die zullen kunnen helpen bij de overgang naar residentiële opname en de doorstroming.

Het is dus niet alleen een zaak van meer bedden, maar ook om de fases voor en na de opname beter te laten aaneensluiten.

Er is een terechte grote vraag vanwege de patiënten. Dit is een domein dat jarenlang stiefmoederlijk werd behandeld. Dat bewijst ook het budget van 6 %. Wat dat betreft, heb ik nog een hele verlanglijst van middelen om daarop in te zetten. Ik ben blij dat ik u beiden daarin alvast als partner vind.

Dit is een zeer belangrijk domein van de gezondheidszorg. Mevrouw Muylle heeft de cijfers voor haar provincie gegeven, maar in heel het land hebben veel mensen op dit vlak nood aan de juiste opvang, doorverwijzing en hulp. Sommige situaties zijn schrijnend.

Er ligt veel werk op de plank inzake geestelijke gezondheidszorg. Stap na stap zullen wij ter zake tot een ander beeld proberen te evolueren tegen het einde van de legislatuur.

U kunt erop rekenen, ik ga ervoor.

17.04 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw positief antwoord.

U schetst de problematiek heel terecht. In het licht van het regeerakkoord werd over deze materie langdurig gepraat en kwamen de noden duidelijk aan bod. Wij weten dat er budgettaire enorme inspanningen nodig zijn om alles recht te trekken. Ik ben blij dat deze kwestie in maart op de agenda komt en dat u tegen het einde van het jaar volop in de uitrol van de acties wilt zitten.

U noemt ook terecht en specifiek de *outreach*-teams, die voor snelle winst kunnen zorgen. Op vrij korte termijn kunnen zij een en ander doen. U geniet mijn steun.

U moet ook het woord voeren tijdens de begrotingscontrole. U zegt dit jaar al aan de uitrol te willen beginnen, maar dan zullen bijkomende middelen noodzakelijk zijn, ook in het kader van de 1,2 miljoen die nu al naar de ziekenhuizen gaan in vervanging van de overlegplatformen.

De sector zit niet te wachten op pilootprojecten en op tijdelijke middelen, maar wel op goede maatregelen en op structurele financiering waarmee men jaren verder kan. Ik pleit ervoor dat er bij de begrotingscontrole hiervoor extra middelen worden uitgetrokken. Dat zal ik ook bepleiten via mijn kanalen.

17.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik heb niet dezelfde kanalen als mijn geachte collega, maar ik zal hiervoor vanuit mijn rol ook mijn best doen. Het is ongelooflijk hoeveel mails ik daarover van de sector heb gekregen, via de achterban. De problematiek leeft dus heel erg.

Mevrouw de minister, ik vraag u, ik smee u, dit tijdens de begrotingscontrole boven aan uw prioriteitenlijstje te zetten en hiervoor in extra budget te voorzien.

Ik houd u aan uw goede intentie. Ik zal uw timing ook mee in de gaten houden.

17.06 Minister Maggie De Block: Ik neem de bereidwilligheid van de collega's om meer te investeren in de geestelijke gezondheidszorg mee naar de onderhandelingstafel. Maar ik ben niet alleen met een verlanglijstje en wij moeten ook realistisch zijn.

Een betere coördinatie heeft zeker haar merites. Dan kunnen we zien waar de noden zich situeren, waar meer moet worden geïnvesteerd, waar eventueel een reconversie van bedden moet gebeuren. Dat behoort ook tot de mogelijkheden. Uiteraard kan meer geld zeker helpen. Dat zijn allemaal zaken die wij meenemen.

U zegt dat u de voorbije weken veel mails krijgt. Ik denk dat wij allemaal al enkele jaren dezelfde verhalen horen telkens van andere personen. Er is dus een grote nood bij de patiënten. Er is daarnaast zeer veel bereidwilligheid bij de zorgverleners in die sector om een ander beleid te voeren met meer samenwerking en coördinatie. De bereidwilligheid is dus zeer groot om mee te werken.

Wij doen hiermee zeker voort. Wij hebben echt al ons best gedaan met de gidsen voor de eerstvolgende interministeriële conferentie.

17.07 Nathalie Muylle (CD&V): Wij moeten vandaag ook eens de mogelijke reconversie onderzoeken, mevrouw de minister.

Vandaag is er een zorgpad lopend voor depressie en alcoholmisbruik, waarin wij heel vaak met jongeren te

maken hebben. Er zijn heel veel patiënten met een gezinsproblematiek die ook in andere bedden terechtkomen, met name in C- en D-bedden, met een andere pathologie.

17.08 Minister **Maggie De Block**: Ik heb dat gezegd, maar ik durf het niet te herhalen, want dan krijg ik de wind van voren.

17.09 **Nathalie Muylle** (CD&V): Het is wel zo.

17.10 Minister **Maggie De Block**: Dat is een van de problemen. Ik wijs niemand met de vinger. Sommige personen denken dat ik naar hen kijk, maar dat is helemaal niet waar.

Uit de analyses weten wij dat niet alle patiënten in de juiste bedden terechtkomen. Het blijft dan natuurlijk mislopen, want zo houden zij de andere patiënten uit die bedden.

17.11 **Nathalie Muylle** (CD&V): Vaak komt men binnen met bijvoorbeeld een levercirrose of nierstenen, en ziet men vrij snel dat er geen sprake is van een gezinsproblematiek. De liaisonfunctie in de ziekenhuizen is van enorm belang. Daar is, zoals u terecht zegt, nog heel wat te doen.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.10 uur.
La réunion publique de commission est levée à 13.10 heures.*