

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 7 JULI 2015

Voormiddag

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

du

MARDI 7 JUILLET 2015

Matin

La séance est ouverte à 10.11 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 10.11 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Madame la ministre, chers collègues, je vous propose de commencer nos travaux. Étant donné le grand nombre de questions, je vais demander à chacun de respecter les temps de parole impartis.

01 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Franky Demon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van obesitas bij tieners" (nr. 4346)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "maagverkleining vanaf 16" (nr. 5184)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "obesitas bij kinderen en jongeren" (nr. 5639)

01 **Questions jointes de**

- M. Franky Demon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent" (n° 4346)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la possibilité de bénéficier d'une gastroplastie dès 16 ans" (n° 5184)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obésité de l'enfant et de l'adolescent" (n° 5639)

01.01 **Franky Demon** (CD&V): Mevrouw de minister, obesitas zal in de toekomst meer en meer een probleem worden, ook bij kinderen en jongeren. Deze jongeren hebben vaak al een intensief programma gevolgd om aan hun probleem te werken. Zij hebben trouwens geen enkele keuze, want een maagverkleining wordt pas terugbetaald vanaf 18 jaar voor mensen met een BMI van 40 of meer.

Vele tieners lijden psychisch onder hun obesitas. Het is dan ook belangrijk multidisciplinair met deze jongeren te werken en niet enkel hun zwaarlijvigheid aan te pakken maar ook op andere vlakken te werken.

Mevrouw de minister, ik wil u enkele concrete vragen stellen.

Tieners met obesitas kunnen vandaag terecht in het Zeepreventorium in De Haan. Hoeveel tieners worden daar jaarlijks begeleid? Graag krijg ik een overzicht.

Zijn er gelijkaardige instellingen waar jongeren met obesitas terecht kunnen? Zo ja, hoeveel en waar?

Jongeren met obesitas kampen ook vaak met andere problemen, bijvoorbeeld op psychologisch vlak. Het belang van begeleiding door een multidisciplinair team is dan ook aan de orde. Neemt u maatregelen om dergelijke begeleiding te stimuleren? Neemt u maatregelen om ouders en artsen te doen samenwerken met andere hulpverleners?

Zult u de mogelijkheid doen onderzoeken maagverkleiningen voor tieners met een BMI van 40 of meer vanaf

16 jaar terug te betalen?

01.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, mijn vragen sluiten aan bij die van collega Demon. Ik meen dat wij met dit probleem heel voorzichtig moeten zijn. Wij stellen evenwel vast dat sommige jongeren zwaar obees zijn. Ik heb deze week contact gehad met een specialist op het terrein, een arts van het UZ Leuven, die zegt dat er naast cardiovasculaire problemen ook op het vlak van comorbiditeit problemen zijn. Zeker wanneer de jongeren volgroeid zijn, gaan er twee of drie jaar verloren tot de leeftijd van 18 jaar om effectief op te kunnen treden.

Mevrouw de minister, in de media hebt u al verwezen naar de resultaten op internationaal vlak die niet erg bevredigend zijn en hebt u gezegd dat u wil afwachten. Deze week kreeg ik via de Belgian Association of Obesity de resultaten van een project dat in de Verenigde Staten loopt, waar 900 zwaar obese jongeren tussen 11 en 19 jaar begeleid worden nadat men op hen bariatrische chirurgie heeft toegepast. Men ziet onmiddellijk een heel sterke daling van hun BMI en ook de comorbiditeit daalt zeer sterk.

We moeten dus volgens mij nagaan of dit voor deze jongeren overwogen kan worden.

Zoals collega Demon ook zegt, moet dit niet geïsoleerd gebeuren. Het gaat om een manier van leven waaraan ook een heel belangrijk psychologisch aspect verbonden is. Daarom pleit ik ook voor een multidisciplinaire aanpak.

Ik pleit hier niet om alles globaal terug te betalen en globale trajecten op te zetten. Ik ben er echter wel van overtuigd, mevrouw de minister, dat de kleine groep die vandaag heel zwaar obees is, gebaat kan zijn door een individuele en een multidisciplinaire aanpak en hoe we dit best aanpakken. Graag had ik hierop uw reactie gehad.

01.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, aangezien er heel veel vragen op de agenda staan, zal ik niet herhalen wat mijn collega's al hebben gezegd. Ik deel met hen de bezorgdheid over het multidisciplinaire aspect van de aanpak.

Mijn collega's hebben bepaalde onderzoeken aangehaald. In de wetenschappelijke wereld zijn evenwel ook tegengestelde meningen te horen. Maagverkleiningen zouden helemaal niet helpen, diabetes zou daarmee zeker niet verdwijnen en het psychisch lijden wordt op dit moment onvoldoende behandeld.

Ik heb dus voor u de volgende vragen.

Zult u samen met de collega's van de deelstaten aan de slag gaan met de wetenschappelijke aanbevelingen voor kinderen met overgewicht, met extra aandacht voor dat psychologisch lijden?

Bent u het met mij eens dat bij gewichtsproblemen het gewicht niet altijd de belangrijkste parameter is, maar wel de conditie of de fitheid? Daarover heb ik mijn collega's namelijk nog niets horen zeggen.

Wat is uw mening over maagverkleiningen? Die storm is nog niet gaan liggen. Bent u ervoor of ertegen, en waarom?

Zal uw werkgroep "suikers" ook extra aandacht besteden aan de specifieke situatie van kinderen en jongeren met obesitas?

01.04 Minister Maggie De Block: Collega's, het RIZIV heeft met het Zeepreventorium in De Haan een revalidatieovereenkomst voor behandeling van kinderen en jongeren met een chronische ziekte. Een van die chronische ziekten is morbide obesitas.

Ramingen, gebaseerd op de verslagen die het centrum bekendmaakt, stellen dat van de 200 beschikbare bedden 120 bedden, zijnde 60 %, bezet worden door obesitaspatiënten. Aangezien een verblijf gemiddeld meer dan een jaar duurt, bedraagt het aantal verschillende obesitaspatiënten bijna 200. Sommige van die patiënten hebben echter ook een andere aandoening en vallen dus onder een andere groep door hun comorbiditeit en door hun andere diagnose.

Er bestaat een gelijkaardig centrum in Wallonië, namelijk Clairs Vallons in Ottignies. Van de 130 bedden aldaar, zijn er 40 bestemd voor obesitaspatiënten.

Op basis van de gegevens door de administratie verstrekt, is er momenteel geen aanwijzing om de capaciteit van de bestaande centra te verhogen of bijkomend centra in te richten. Enkele maanden geleden heeft de administratie aan de twee betrokken centra gevraagd om een gezamenlijke longitudinale evaluatieprocedure op te stellen, teneinde, in de mate van het mogelijke, ook de effecten van die revalidatie, de *outcom* van die revalidatie, op middellange en langere termijn te meten. De kous is immers niet af met een verblijf van een jaar in zo'n centrum. Die kinderen moeten verder ook multidisciplinair opgevolgd worden. De behandelingen in die centra zijn op zich al multidisciplinair, waarbij ook veel rekening met de psychosociale problematiek wordt gehouden.

De ziekteverzekering streeft ernaar om voortdurend ook te evolueren en zich aan te passen aan de aanbevelingen van de internationale wetenschappelijke literatuur. Die inspanning geldt ook voor de tijdslimiet voor de bariatrische chirurgische operaties, waarbij nu nog steeds door de meeste studies de ingreep bij minderjarigen afgeraden wordt, niet het minst omdat de jongeren ermee moeten kunnen omgaan dat hun lichaam zo drastisch zal veranderen, dus er is aandacht voor het feit dat kinderen voor zo'n ingreep klaar moeten zijn. Dat is nog wat anders dan te beweren dat er niets moet gebeuren voordat een jongere 18 jaar is. Het is echter wel belangrijk om de discussies over bariatrische heelkunde te voeren op basis van wetenschappelijke literatuur. Die literatuur bevat een groot aantal onderzoeken waarin gepleit wordt voor bariatrische heelkunde, in sommige gevallen zelfs onder de leeftijd van 18 jaar, maar er wordt ook altijd de nadruk gelegd op de risico's en de gevolgen van die ingrepen.

In die context organiseert het RIZIV al sinds enige tijd vergaderingen met de belangrijke gesprekspartners in de chirurgische behandeling van obesitas. Wij hebben twee doelstellingen. De eerste doelstelling is de verbetering van de omkadering van de obesitasheelkunde, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Dat vergt inderdaad een multidisciplinaire aanpak, maar de kous is niet af met het uitvoeren van een ingreep.

De tweede doelstelling is de vergoedingsvoorwaarden voor de heelkunde te versoepelen om zo goed mogelijk rekening te houden met de wetenschappelijke aanbeveling.

Het is dus een relatief nieuw terrein. Het RIZIV speelt kort op de bal. *Better safe than sorry*. We zijn heel voorzichtig vooral als het om minderjarige kinderen gaat.

01.05 Franky Demon (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw inspanningen. Ik weet dat de aanpak multidisciplinair is. Kinderen lijden soms al van in de lagere school onder zwaarlijvigheid. In mijn vraag had ik het over een ingreep vanaf 16 jaar, niet jonger.

Mevrouw de minister, ik dring aan om ook andere onderzoeken te bekijken. Mevrouw Muylle verwijst er ook naar. Ik vraag u om ernstig te onderzoeken of u geen mogelijkheid ziet voor de terugbetaling vanaf 16 jaar.

01.06 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik ben het volledig met u eens als u zegt dat dit een nieuw terrein is waar steeds meer gevallen zullen worden vastgesteld. Internationale studies tonen ook aan dat de groep steeds groter wordt.

Hoopgevend in uw antwoord is dat u zegt dat het RIZIV dit van nabij opvolgt. Ik veronderstel dat in de contacten tussen het RIZIV en de universitaire centra bij echte medische redenen, het RIZIV ook naar oplossingen zoekt om dit te doen.

Ik ben ervan overtuigd dat er wel vaak medische redenen zijn om deze ingreep al op de leeftijd van 16 of 17 jaar te doen. Chirurgen zeggen mij ook dat men vaak een of twee jaar verliest door te wachten tot de leeftijd van 18 jaar.

Ik begrijp dat wij voorzichtig moeten zijn. Ik begrijp ook dat het RIZIV dit van nabij opvolgt. Ik leid uit uw antwoord af dat geval per geval zal worden bekeken wat voor de jongeren de beste multidisciplinaire aanpak is. Als een ingreep nodig is, vind ik dat dit bij een totale benadering hoort.

01.07 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik deel uw mening dat men hierin heel voorzichtig moet zijn. Ik deel niet de mening van mijn collega's dat dit vanaf 16 jaar moet worden gefaciliteerd, zeker niet voor meisjes die daarna nog zwanger kunnen worden, gezien de negatieve onderzoeken die daarover recent zijn verschenen.

U hebt het over een multidisciplinaire en alomvattende aanpak. Wat ik niet gehoord heb, is dat wij veel meer moeten inzetten op conditie, beweging, fitheid. Dat wil ik nog even beklemtonen.

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

02 Vraag van de heer Raf Terwingen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problematiek van het toelaten van het gebruik van bepaalde medicijnen" (nr. 4394)

02 Question de M. Raf Terwingen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la question de l'autorisation ou non de certains médicaments" (n° 4394)

02.01 Raf Terwingen (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, met enige schroom stel ik een vraag in deze commissie voor de Volksgezondheid, waarvan ik geen kaas heb gegeten. Ik werd evenwel wakker geschud door het verhaal van mijn huishoudster wiens dochter, Sofie, alleen kon worden geholpen door medicijnen op basis van cannabis. Dat was, heel eerlijk, de aanleiding tot deze vraag. Enkele weken na de indiening van de vraag, ondertussen zes of zeven weken geleden, kondigde u maatregelen aan met betrekking tot het toelaten van medicijnen op basis van cannabis. Ik twijfel er niet aan dat u die beslissing nam op basis van mijn vraag, waarvoor dank.

Concreet gaat het om het geneesmiddel Bedrolite, op basis van cannabidiol. Dat medicijn zou in Nederland en in de Verenigde Staten al zijn toegestaan. In bepaalde omstandigheden zou dit het laatste redmiddel kunnen zijn voor kinderen die lijden aan ernstige vormen van epilepsie.

Mevrouw de minister, wat is de stand van zaken met betrekking tot dit medicijn? Hoe zult u omgaan met het gebruik ervan? Zal het al dan niet worden terugbetaald?

02.02 Minister Maggie De Block: Mijnheer Terwingen, u bent altijd welkom in deze commissie, dat weet u.

Cannabis wordt internationaal gereguleerd als verdovend middel door het VN-verdrag van 1961. Dit verdrag bepaalt onder andere dat de productie van cannabis enkel kan worden toegelaten voor medicinale doeleinden, dus op medisch voorschrift, en voor wetenschappelijke doeleinden als onderzoek in laboratoria en klinische proeven. Bovendien moet een overheid, wil zij cannabisproductie toelaten, een speciaal bureau oprichten om de nodige modaliteiten vast te leggen. Tot op vandaag heeft de Belgische overheid de intentie noch de capaciteit om een dergelijk cannabisbureau op te richten conform de bepalingen van het verdrag. Bovendien is volgens de Belgische wetgeving het afleveren van cannabis voor medicinale doeleinden in België niet toegelaten. Het recente KB heeft inderdaad voor verandering gezorgd.

Inzake het door u aangehaalde middel Bedrolite kan ik u meedelen dat het geen afgewerkt geneesmiddel betreft dat na aflevering van een vergunning voor het in de handel brengen, kan worden gecommercialiseerd. Het is eigenlijk een variant van de cannabisplant. Mocht het een geneesmiddel zijn dan zou het een ander parcours kunnen volgen want vanaf het moment waarop een geneesmiddel wordt geregistreerd door de bevoegde instanties, kan een farmaceutisch bedrijf het geneesmiddel ook op de markt brengen en eventueel ook de terugbetaling ervoor aanvragen via het welbekende traject van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

Deze laatste evalueert het ingediende dossier waarbij verschillende gegevens, zoals resultaten uit klinische studies en de wetenschappelijke literatuur, in acht worden genomen. Ook de gevraagd prijs en de budgettaire impact worden bekeken. De finale beslissing over de eventuele vergoedbaarheid en de modaliteiten wordt door mij genomen op basis van het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

Het door u aangehaalde middel is jammer genoeg niet geregistreerd als geneesmiddel. Ik neem aan dat er ter zake nog veel onderzoek wordt uitgevoerd. Dat is ook de reden waarom het KB kan worden aangevuld zodat het voor elk geneesmiddel op basis van cannabinoïden kan worden gebruikt. Er moet wel aandacht worden besteed aan de vereiste veiligheid, werkzaamheid en het doorlopen van de nodige studies. Het geneesmiddel Sativex heeft deze procedure doorlopen en is momenteel verkrijgbaar in de apotheek.

02.03 Raf Terwingen (CD&V): Mevrouw de minister, de veiligheid van geneesmiddelen is per definitie zeer

belangrijk. Onze partij is altijd voorstander geweest van het medicinaal gebruik van cannabis. Ik meen dat mevrouw Muylle dit altijd op die manier heeft verdedigd.

Ik stel vast dat er voor dit concreet medicijn nog een bepaalde procedure moet worden gevolgd. Op dit ogenblik halen de betrokken ouders het middel al wel in Maastricht. Zo eenvoudig is dat. Zij zullen daar blijkbaar nog een tijdje op aangewezen zijn omdat het een middel is dat helpt bij Sofie.

Ik begrijp evenwel dat er bepaalde parcours moeten worden doorlopen teneinde de veiligheid van medicijnen te garanderen. Ik dank u voor uw duidelijk antwoord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la tuberculose" (n° 4537)

03 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "tuberculose" (nr. 4537)

03.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, comme nous le savons, la tuberculose est causée par une bactérie (*Mycobacterium tuberculosis*) qui touche le plus souvent les poumons. Elle se propage d'une personne à l'autre par voie aérienne, lorsque les personnes atteintes de tuberculose pulmonaire toussent, éternuent ou crachent. La tuberculose peut être soignée et évitée.

La tuberculose est présente partout dans le monde. En 2013, le plus grand nombre de nouveaux cas de tuberculose a été enregistré en Asie du Sud-Est et dans la Région du Pacifique occidental, qui totalisent 56 % des nouveaux cas à l'échelle mondiale. Toutefois, l'Afrique compte la plus grande proportion de nouveaux cas par habitant, avec plus de 280 cas pour 100 000 habitants en 2013. Dans notre pays, il apparaîtrait qu'il s'agit d'un phénomène assez rare en raison du dépistage important effectué notamment dans les écoles, ainsi que de la prise en charge de qualité.

Cette question a été déposée voici quelques semaines. Elle faisait référence à un fait d'actualité puisqu'une adolescente de 14 ans est décédée récemment des suites de cette maladie à Herzele, en Flandre orientale. Une de ses condisciples a réagi positivement au test de dépistage. Les résultats sont par ailleurs douteux pour deux autres élèves, selon l'Agence flamande de Soins et Santé qui s'est exprimée mercredi lors d'une conférence de presse. Tous devront être suivis médicalement. Les tests pratiqués sur les autres élèves de la classe ainsi que les enseignants se sont révélés négatifs mais des analyses devront à nouveau être menées dans deux mois.

Madame la ministre, pouvez-vous nous dire exactement combien de cas de tuberculose ont-ils été répertoriés sur les dix dernières années dans notre pays? Combien d'enfants de 0 à 14 ans étaient-ils concernés? Des mesures spécifiques ont-elles été prises suite à ces événements?

03.02 Maggie De Block, ministre: Cher collègue, le registre consolidé du FARES (le Fonds des affections respiratoires) et de la Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding, dans son rapport de mars 2015, a publié les données allant jusqu'à l'année 2013. En 2013, 981 cas de tuberculose sont signalés, soit le nombre le plus bas de l'histoire.

L'incidence de la tuberculose pour la Belgique s'élevait à 8,8 par 100 000 habitants en 2013, à savoir le niveau d'incidence le plus bas jamais atteint. La baisse de ces dernières années se poursuit. L'incidence a diminué en Belgique de 2000 à 2013 de 12,8 à 8,8, ce qui signifie moins 30 % de cas; c'est important. Les cas de 0 à 14 ans ont baissé à raison de 4 à 3,1 cas par 100 000 habitants.

En chiffres absolus, la tuberculose a été diagnostiquée chez 59 enfants en 2013. L'Agence flamande Zorg en Gezondheid est compétente pour prendre les mesures adéquates, comme l'organisation de l'examen des contacts et la collecte des données des résultats du traitement. Notamment, l'Agence met à disposition sur son site web des directives pour la prise en charge de la tuberculose.

Je vous rappelle que l'arrêté royal du 10 mars 2005 fixant les conditions d'octroi d'une intervention de l'assurance obligatoire maladie invalidité dans un modèle particulier de prestations et de paiement du

traitement de la tuberculose en Belgique, garantit que le traitement de la tuberculose est gratuit. Les patients contaminés par des germes sensibles reçoivent un traitement intégralement remboursé par l'assurance maladie.

Les patients qui ne sont pas en ordre avec leur mutualité peuvent faire appel au CPAS dans le cadre de l'aide médicale directe ou urgente. Quant à ceux qui ne peuvent pas faire appel ni à l'intervention de l'assurance maladie via leur mutualité ni du CPAS, ils peuvent bénéficier de la prise en charge de BELTA-TBnet qui est la structure mère du FARES et du VRGT.

03.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 4538 de M. Éric Massin est transformée en question écrite.

04 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "fraude bij het vaststellen van de BMI-waarde" (nr. 4550)

- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fraude bij maagoperaties" (nr. 4761)

04 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fraude relative à la détermination de l'IMC" (n° 4550)

- Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fraude dans le cadre des gastropplasties" (n° 4761)

04.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, in het VRT-programma *Volt* kwam aan het licht dat sommige chirurgen het niet zo nauw nemen met de voorwaarden. Dat verbaast mij niet. Ik verwijz naar mijn eerdere vraag over een vroege en eerstelijnsaanpak van obesitas.

Mevrouw de minister, bent op de hoogte van dergelijke praktijken?

Onderneemt u iets tegen die praktijken of hebt u plannen om er iets tegen te ondernemen? U zei in antwoord op mijn vorige vraag hierover dat de verzekeringsinstellingen controleren of aan de voorwaarden effectief is voldaan. Gebeurt dat dan niet? Hoe komt het dat er zo veel gevallen van fraude bovenkomen?

Overweegt u om de criteria voor terugbetaling aan te passen? Veel van de patiënten zouden immers beter geholpen worden met begeleiding en ondersteuning door diëtisten en eventueel psychologen, zoals ik al aangaf in mijn vorige vraag. Daarin verwees ik er ook al naar dat het bijzonder cynisch is dat mensen hun gewicht nog verder moeten laten ontsporen, alvorens zij recht hebben op een terugbetaling om er iets aan te doen. Het verbaast mij dan ook niet dat artsen meegaan in dat verhaal.

In uw antwoord verwees u toen ook naar een studie. Hoe ver staat die ondertussen?

04.02 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over hetzelfde onderwerp, naar aanleiding van een aflevering van *Volt* op Eén enkele weken geleden.

Ik ben hierover bezorgd, want in België probeert men een goed en veilig gezondheidssysteem te garanderen. Om bijvoorbeeld in aanmerking te komen voor de terugbetaling van een maagverkleining of -ring, moet een patiënt normaal gezien aan strenge voorwaarden voldoen. Er zijn bepaalde criteria. De patiënt moet onder meer al een dieet hebben geprobeerd. Als dat niet lukt, kan eventueel een ingreep worden overwogen. De patiënt moet voor die ingreep minstens een BMI van 40 hebben. Bij patiënten met bijkomende problemen zoals diabetes of een verhoogde bloeddruk, kan het al vanaf een BMI van 35.

Een maagverkleining of -ring kan medisch te verantwoorden zijn, maar mag natuurlijk geen gemakkelijksoplossing worden om vlug gewicht te verliezen. Ik hoef u natuurlijk niet uit te leggen dat het een enorm moeilijke ingreep blijft, mevrouw de minister, en daarom ook maar de ultieme stap nadat alle andere pistes om te vermageren werden gevolgd.

In de aflevering van *Volt* werd duidelijk dat niet alle artsen zich aan de voorwaarden houden om zo'n ingreep aan de maag uit te voeren.

Ik begrijp wel dat de druk van patiënten soms enorm groot is, zeker in de zomerperiodes. Ik heb dat in mijn praktijk ook ervaren. Ik ben er echter ook van overtuigd dat artsen echt wel mondig genoeg zijn om bepaalde patiënten erop te wijzen dat opereren niet altijd de beste oplossing is. Uit de tv-reportage bleek dat een aantal artsen toch sjoemelt – het is misschien een hard woord – met de gegevens van hun patiënten, om aan de voorwaarden te kunnen voldoen die België oplegt voor de terugbetaling. Niet alleen brengen ze patiënten daarmee in gevaar, het is ook een omzeiling van de financieringssystemen die ter zake in de ziekteverzekering ingebouwd zijn.

Mevrouw de minister, hebt u indicaties of intussen cijfers die het gesignaleerde misbruik inzake maagoperaties verhoudingsgewijs kunnen situeren? Hebt u er zicht op hoe u de praktijk beter kunt controleren, sanctioneren en zeker aan banden leggen als er effectief misbruiken blijken te zijn?

04.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik verbaas mij er voorafgaandelijk over dat een aflevering van *Volt* die volgens mij geen wetenschappelijk onderbouwde reportage was maar veeleer een redelijk sensatiegericht programma, tot vragen leidt, terwijl wij elke keer zeggen dat wij wetenschappelijke onderbouw zeer belangrijk vinden. Maar goed, ik heb het programma niet gezien. Wij hebben in de administratie alleszins geen weet van manifeste fraude met betrekking tot de BMI van patiënten die in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie.

Uiteraard kunnen we daar niet naast staan. Er zijn regels. We kunnen niet weten of die regels in acht worden genomen door de artsen. Ik mag het hopen. We weten niet of ze in acht worden genomen door de patiënten. Ik mag het hopen. Door de journalisten meen ik dat ik het al weet. Anderzijds kan men wel een liter water drinken voor men op de weegschaal staat. Dat verandert 0,3 kg per m² aan uw BMI. Men zal dus veel liters water moeten drinken om aan een BMI van 40 te komen.

Er zijn controlemiddelen om na te gaan of dat inderdaad gebeurt. Er moet een aanvraag gebeuren bij de verzekeringsinstellingen. Zij kunnen controleren en de verklaringen van de heekundige verifiëren of er sprake is van een systeem. De controlemiddelen worden ook effectief gebruikt. Men is attent. De verzekeringsinstellingen gaan na of het echte gewicht van de patiënt wel wordt opgegeven.

Wij plannen dan ook geen enkel project tot aanpassing van de nomenclatuur; het RIZIV volgt de problematiek op de voet en is alert voor publicaties over selectiecriteria voor patiënten in de literatuur. Patiënten die niet binnen de selectiecriteria vallen, wordt wel aangeraden voor de andere bestaande multidisciplinaire manier voor de behandeling van obesitas te opteren. Als men niet aan de criteria voldoet, dan genieten de niet-heekundige maatregelen de voorkeur. De nomenclatuur bevestigt dat standpunt.

Ik herhaal dat de zaken evolueren en wij volgen die op. Ik meen dat wij voorzichtig moeten zijn en niet te lang ons hoofd moeten breken over dergelijke programma's, ook al is het de moeite waard om die te onderzoeken.

04.04 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Het is wel symptomatisch dat patiënten maar moeten bijkomen om in aanmerking te komen.

Ik heb nog geen antwoord gekregen op mijn vraag hoe ver het staat met de studie waarnaar u destijds hebt verwezen, en over het nut van de terugbetaling van een raadpleging bij een diëtist of psycholoog voor de begeleiding. Ik zal daar later op terugkomen.

04.05 **Maya Detiège** (sp.a): Het klopt dat men moet opletten met televisie-uitzendingen. Ik heb in het verleden ook gezien dat die enorm gekleurd kunnen zijn en dat men heel gericht te werk gaat. Anderzijds weet ik ook uit mijn ervaring dat er, vooral als het gaat over esthetica – het gaat dikwijls over het evenwicht tussen gezondheid en esthetica – vaak gewerkt wordt op de lijn van wat er mag en niet mag, niet alleen door artsen, maar ook door apothekers. Ik heb dat genoeg gezien wanneer er bijvoorbeeld vermageringscocktails werden voorgeschreven. Ik vroeg mij soms af waar het respect voor de deontologie nog was.

Ik ben wel bezorgd, want er werd met verborgen camera's gewerkt en zo bleek dat er effectief – dit wil niet zeggen dat alle artsen zich daaraan bezondigen – mensen een lager gewicht of een andere lengte opschreven. U zegt dat de verzekeringsinstellingen controles daarop doen. Dat stelt mij dan weer geruster.

Ik zit niet op de lijn van mevrouw Van Camp, namelijk dat de nomenclatuur aangepast moet worden. De nomenclatuur is juist en goed opgesteld. Boven een bepaalde BMI wordt een en ander effectief gevaarlijk. In die zin zou ik er absoluut niets aan veranderen. Ik zou gewoon waakzaam blijven.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Le **président**: La question n° 4613 de Mme Hufkens et la question n° 4655 de M. Demon sont transformées en questions écrites.

05 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "HPV-vaccinatie" (nr. 4678)

05 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le VPH" (n° 4678)

05.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik verwijs terug naar een vraag die ik in mei heb gesteld over het advies van de Hoge Gezondheidsraad inzake de HPV-vaccinatie. U hebt toen gezegd dat het advies vertraging had opgelopen.

Het advies blijkt er ondertussen te zijn en daarom wilde ik u vragen of de federale werkgroep al de kans heeft gehad om zich te buigen over de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. Hebben de hoorzittingen al plaatsgevonden? Wat is de inhoud van de aanbevelingen inzake HPV-vaccinatie bij zowel meisjes als jongens? Zal die vaccinatie gratis worden verstrekt voor bepaalde groepen, meisjes en jongens? Zo ja, welke? Wat zijn de bevonden voordelen van de vaccinatie op korte, middellange en lange termijn? Zijn ook outcomes als genitale wratten en kanker meegenomen? Welke outcomeparameters zijn er in concreto meegenomen? Zal het beleid voor meisjes blijven zoals het was sinds de aanbeveling van 2008, namelijk een gratis verstrekking via de scholen? Zal de vaccinatie worden uitgebreid naar jongens?

05.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, is er ergens iets gebeurd want op mijn kabinet heeft men geen advies van de Hoge Gezondheidsraad ontvangen over HPV-vaccinatie? Hebt u dit wel ontvangen? Het zou mij alvast benieuwen. Aan ons hebben zij gezegd dat het advies nog niet klaar was. Zij verwachten het in de tweede helft van dit jaar, zoals ik eerder heb gezegd.

Ik wacht het advies af. Mocht ik het hebben dan zou ik u inderdaad kunnen antwoorden. Hebt u het fysiek in handen gekregen?

05.03 Yoleen Van Camp (N-VA): (...). (zonder micro)

05.04 Minister Maggie De Block: Wij hebben geïnformeerd en zij hebben te kennen gegeven dat het advies pas in de tweede helft van dit jaar beschikbaar zal zijn. Er is blijkbaar sprake van enige verwarring ter zake. Als het advies er is, wil ik het hebben. De Hoge Gezondheidsraad zegt mij dat het advies er nog niet is en u zegt dat u het in uw bezit hebt. Ik wil dit uitklaren. Wij hebben echt naar hen gebeld. Normaal wordt een dergelijk advies altijd automatisch opgestuurd, maar dit kan al eens worden vergeten.

Ik zal uw vragen meenemen voor het moment waarop ik het advies effectief ontvang.

05.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het management van de verpleegkundige bestaffing in ziekenhuizen" (nr. 4679)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de ziekenhuisfinanciering" (nr. 5542)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de turn-over bij verpleegkundigen" (nr. 5640)

06 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la gestion des effectifs infirmiers dans les hôpitaux" (n° 4679)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme du financement des hôpitaux" (n° 5542)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la rotation de poste chez les infirmiers" (n° 5640)

06.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, mijn eerste reeks vragen gaat over de normbestaffing die nog altijd in verpleegkundigen per aantal bedden wordt uitgedrukt. Er worden wel wat correcties toegepast voor de activiteit en de zorgzwaarte, maar het algemene principe is toch een bestaffing per verantwoord bed.

Dat is in contrast met het feit dat de turn-over bepalend is voor de werkdruk. De werkdruk wordt ook bepaald door planning en voorspelbaarheid, het afstemmen van bestaffing op de werkelijke werkdruk op de werkvloer in plaats van het voorzien in een vast aantal verpleegkundigen per shift per dag, zoals nu in grote lijnen gebeurt.

Men kan hieraan tegemoetkomen via managementtechnieken. Op die manier kan het aantal bedden worden afgebouwd, terwijl de turn-over van de patiënten toch stijgt en de verpleegkundigenwerkdruk daalt.

De resultaten van ziekenhuizen die met dergelijke consultants in zee zijn gegaan, zijn verbluffend. Op dit moment dragen de ziekenhuizen de kosten daarvan volledig zelf. Dergelijke consultants raden ook samenaankopen aan en verwezenlijken ook zo een besparing van miljoenen voor de ziekenhuizen.

In het licht van de netwerken en de samenwerking die wij graag bij de ziekenhuizen willen stimuleren, zou een dergelijke consultancy een krachtige hefboom kunnen zijn. Het is een mooie stimulans om ziekenhuizen te laten samenwerken met het oog op zowel een hogere turnover van patiënten als op een verlaagde werkdruk voor het personeel en ook een kostenbesparing.

Mevrouw de minister, bent u vertrouwd met het concept en dergelijke consultancybureaus die dergelijke managementverbeteringen begeleiden? Ziet u brood in het verbeteren van het management van de ziekenhuizen, vooral ook in het licht van de samenwerking en de netwerken die wij willen stimuleren? In welke zin zouden zij eventueel in de pilootprojecten die u plant passen? Of overweegt u zelf om dergelijke consultants in te zetten om de ziekenhuizen te ondersteunen bij hun samenwerking?

Wat zijn de concrete plannen inzake de verpleegkundige bestaffing in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering? Zult u nog meer evolueren naar een bestaffing op basis van turn-over? Op welke manier zal dit concreet in zijn werk gaan? Op welke manier is het zorgpersoneel daarbij betrokken? Wanneer mogen wij de uitkomst concreet verwachten?

Mijn tweede reeks vragen gaat over de aanpak van de normbestaffing voor de ziekenhuizen. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is een werk dat over vele jaren wordt gespreid. Mogen wij daaruit afleiden dat ook de normbestaffing nog jaren achterop zal hinken? Of zult u daar sneller ingrijpen? Wanneer dan precies? Wat is het concrete tijdspad hiervoor?

06.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ook nu zal ik enkel zeggen wat nog niet gezegd is door mijn collega.

Mijn vraag gaat dus over de turn-over bij patiënten en de normen rond verpleegkundigen. Hoewel die turn-over blijft stijgen, daalt het aantal verpleegkundigen per aantal bedden. Dat klopt toch niet?

Hoe en op welke termijn ziet u dat in uw plannen om de ziekenhuisfinanciering te hervormen? Zult u dit principe mee in rekening brengen en vooropstellen omdat het meer de werkdruk bepaalt dan de norm van het aantal bedden.

Ik veronderstel dat u in overleg bent met de sector. Hebben beroepsverenigingen van verpleegkundigen hierover al advies gegeven?

In de plenaire vergadering van 8 mei heb ik u daarover ook een vraag gesteld. U hebt toen een aantal

maatregelen opgesomd, die ik ook in mijn vraag heb herhaald. Dat kader zorgt er echter niet altijd voor dat er meer verpleegkundigen rond het bed van de patiënt staan. Hoe zult u dit verder opvolgen?

06.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp en mevrouw Dedry, dank u voor de aandacht die moet gaan naar de verpleegkundige bestaffing in ziekenhuizen. In de loop van de jaren heeft dit tot een reeks moeilijkheden geleid.

Ik wil twee zaken uiteenhalen: enerzijds de rol van de overheid en anderzijds de rol van het management in de ziekenhuizen zelf. Als overheid en als bevoegde minister is het mijn verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat er voldoende middelen en een accuraat kader zijn om de kwaliteit van de zorg te kunnen leveren. Daar zijn we volop mee bezig. Via de heroriëntering van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap hopen we dan ook middelen vrij te maken om die beter te kunnen aanwenden, bijvoorbeeld om de verpleegkundige bestaffing te kunnen verhogen in sommige diensten met een hoge turn-over, waar het moeilijk werken is.

Het is nu al mogelijk dat naast de verpleegkundige bestaffing die op basis van verantwoorde bedden via de B2 van de financiering van ziekenhuizen wordt gefinancierd, en in de BFM, er nu ook al extra mandaten voor bijvoorbeeld mobiele ploegen worden gefinancierd. Deze mandaten kunnen door de ziekenhuizen worden ingezet in zones met hogere verpleegkundige zorgnoden. Hoe de verpleegkundige bestaffing dan precies wordt ingezet op de verschillende afdelingen en dan ook nog per shift per dag, is iets voor het management van het ziekenhuis zelf. De overheid kan dat niet in detail reguleren op het afdelingsniveau, want dat is voor elk ziekenhuis, voor elke dienst, voor elke shift een ander gegeven.

Hetzelfde geldt voor het al dan niet invoeren van de hulp van consultants om het ziekenhuismanagement te optimaliseren, een soort HR-consultants, maar dan echt medisch gericht. De beslissing om die mensen aan te nemen of van hun diensten gebruik te maken, moet door het ziekenhuismanagement zelf worden genomen. Ik neem aan dat daar voldoende professionele expertise beschikbaar is om te oordelen of modellen voor stafplanning intern kunnen worden opgesteld, dan wel of dit beter gebeurt in samenwerking met andere ziekenhuizen, of dat men daar nog externe consultants bij haalt. Dat is dus echt een beslissing van het ziekenhuismanagement zelf.

Inzake de betrokkenheid van het zorgpersoneel bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering verwijs ik ook naar het plan van aanpak, dat voorziet in zowel overleg met de koepelorganisaties van de ziekenhuizen via de overleggroep, alsook in bilateraal overleg met andere belanghebbenden, zoals de verpleegkundigenorganisaties en de vertegenwoordigers van de sociale sector. Het is niet wenselijk om de bestaafingsnormen te verhogen zonder dat daar de nodige financiële middelen voor toegekend worden. Er moet dus ook een budget voor staan. Dat budget bestaat momenteel niet en dus moet er op een andere manier gewerkt worden. We moeten de middelen slimmer inzetten.

Dat verklaart ook de twee pistes in het plan van aanpak.

Ten eerste zijn er de pilootprojecten, waarin de ziekenhuizen alternatieve organisatievormen kunnen toepassen, zodat er meer middelen vrijkomen om de resterende acute bedden beter te bestaffen en ook om de ambulante zorg na ontslag uit het ziekenhuis anders te organiseren. Deze week vertrekt de oproep tot het voorstellen van thema's naar de ziekenhuizen. Nog voor de zomervakantie wordt er een eerste thema gelanceerd waaromtrent de ziekenhuizen voorstellen kunnen formuleren en na de zomer volgen er nog meer thema's. Er wordt dus sterk in overleg en met maximale input van de sector gewerkt.

Ten tweede is er de heroriëntering van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap. Ook daartoe worden de nodige analyses en studies opgestart. Voor de timing dienaangaande verwijs ik opnieuw naar het plan van aanpak.

Doorheen de jaren is er beduidend minder verpleging ingezet per aantal patiënten. Dat laat zich niet alleen voelen bij de patiënt, maar natuurlijk ook bij het verpleegpersoneel dat een steeds grotere druk ervaart tijdens het werk. Volgens schattingen zijn er gemiddeld tien verplegenden nodig per honderd patiënten, terwijl dat er bij ons ongeveer acht zijn. We kunnen dat niet echt cijfermatig vastleggen, maar we weten wel dat er een extra belasting is van het verplegend personeel.

Wij werken zo snel mogelijk, maar het moet door de sector gedragen zijn. Ik heb nu al veel gesprekken gehad met ziekenhuismanagers en financiële directeurs. Er is daar een hele dynamiek inzake het

personeelsmanagement aan de gang. Er zal voor moeten worden gezorgd dat de arbeidsomstandigheden voor de verpleegkundigen opnieuw verbeteren, terwijl zij de voorbije jaren alleen maar verslechterd zijn.

06.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, het is goed dat u zich bewust bent van de situatie, maar het is verontrustend dat het nog jaren zal duren vooraleer er verbetering komt.

U zegt dat het de rol is van de overheid om middelen vrij te maken en een kader te scheppen. De rol van het ziekenhuismanagement ligt daar zeker op individueel niveau. Er kan een faciliteren aan worden gekoppeld, zeker in het kader van het netwerken en het samenwerken tussen ziekenhuizen, waar een ziekenhuismanager op zich zelf niet per se vragende partij voor is. Daarvoor is nog een grote toekomst weggelegd. Het zou op veel kortere termijn de zeer hoge noden van de verpleegkundigen en zorgkundigen in de ziekenhuizen kunnen lenigen.

06.05 Minister Maggie De Block: Ik spreek tegen dat het nog jaren zal duren. Ik weet niet waar u dat haalt. Wij zijn nu al bezig met de lancering van de pilootprojecten. In het najaar worden de pilootprojecten geëvalueerd en daarna kan dan op grotere schaal worden geïmplementeerd. Sneller kunnen wij niet gaan. Het moet ook goed onderbouwd zijn, want men is bezig met diensten in ziekenhuizen die verzekerd moeten zijn. Sommigen zeggen al dat wij te snel gaan. Vandaag zei een oncoloog nog dat zij niet klaar zijn voor chemotherapie thuis. Vele anderen spreken dat tegen. Voor sommigen gaan wij veel te snel en voor anderen gaan wij veel te traag, dus zullen wij ons tempo maar aanhouden.

06.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): U zegt dat wij ook moeten leren om de middelen slimmer in te zetten, mevrouw de minister. Daarover ben ik het helemaal met u eens.

U hebt echter niets gezegd over het principe van de turn-over. Het zou wenselijk zijn om de turn-over als criterium van werkdruk, die vroeger lager lag, mee te nemen in de denkoefening.

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

07 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opwaardering van de thuisverpleegkunde" (nr. 4680)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "pilotprojecten inzake thuisverpleegkunde" (nr. 4681)

07 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la revalorisation des soins infirmiers à domicile" (n° 4680)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des projets pilotes en matière de soins infirmiers à domicile" (n° 4681)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, niet alleen de verpleegkundigen in de ziekenhuizen hebben het moeilijk. Dat is ook het geval voor de thuisverpleegkundigen. De vorige legislatuur werden die systematisch stiefmoederlijk behandeld.

Ondanks de steeds stijgende vraag naar, enerzijds, complexe acute zorg en, anderzijds, zwaardere chronische zorg, wordt de sector van de thuisverpleging het meest getroffen door besparingen. Momenteel dekt 62 % van de bestaande honoraria de kosten niet meer en legt de thuisverpleegkundige toe om sommige patiënten te verzorgen.

Terwijl de gemiddelde loonkosten in België 42 tot 43 euro per uur bedragen, wordt er voor de honoraria van de thuisverpleegkundigen nog steeds uitgegaan van 35 euro per uur. De achterstand die de thuisverpleging op de index heeft opgelopen, was al 8 % en door de algemene niet-indexering van de honoraria komt nu een achterstand van 10 % in zicht.

De indexsprong is nodig om de competitiviteit van onze ondernemingen te herstellen, maar de thuisverpleegkunde heeft door de stiefmoederlijke behandeling en besparingen van de voorbije decennia al een behoorlijke achterstand opgelopen.

Uit onze contacten met de sector blijkt dat de frustratie toenemen, omdat het zo onmogelijk wordt om kwalitatieve zorg te verlenen en omdat thuisverpleegkundigen zich ondergewaardeerd voelen. Volgens ons zou het mogelijk moeten zijn om de thuisverpleging en haar rol substantieel te herwaarderen en kunnen er zo tegelijkertijd substantiële besparingen worden gerealiseerd, want het aantal hospitalisaties en opnames wordt verminderd.

Mevrouw de minister, bent u die mening ook toegedaan? Welke plannen zijn er om met het oog op het afbouwen van bedden en het stimuleren van thuiszorg, onder andere in uw pilootprojecten, de thuisverpleegkunde op te waarderen? Wanneer kunnen we die verwachten?

07.02 Minister **Maggie De Block**: Met de toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen en het ouder worden van onze bevolking, zal de rol van de verpleegkundige en de thuiszorg inderdaad aan belang winnen. Wat de bijkomende taken voor de thuisverpleegkundige precies zouden kunnen inhouden, daarvoor hopen we ook input te krijgen vanuit de sector, onder andere via pilootprojecten.

Voor uw vraag over de pilootprojecten en de rol van de thuisverpleegkundige, verwijs ik u naar het plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, waarin de principes en de vooropgestelde timing duidelijk worden weergegeven.

Het plan van aanpak voorziet expliciet erin dat de pilootprojecten gebaseerd moeten zijn op een goede afstemming en coördinatie tussen de ambulante zorg en de ziekenhuiszorg, op een transmurale zorg en ook op het principe dat de zorgverstrekkers in de pilootprojecten afspraken maken, bij voorkeur in nauw overleg, over wie geïntegreerd welke zorg zal verlenen voor welke patiëntengroepen, in het kader van een netwerk.

Voor de projecten tussen diverse soorten voorzieningen, bijvoorbeeld ziekenhuis, thuisverpleegkundige, huisarts, artsen van verschillende disciplines en revalidatiesetting, ligt de focus vooral op de constructieve samenwerking tussen de diverse zorgvormen, met wederzijds respect voor de inbreng en de expertise van elke zorgverlener. Dat alles moet georganiseerd worden met als voornaamste doelstelling het belang en de wensen van de patiënt nog beter te dienen.

Of de zorg verstrekt wordt door de ene of de andere verpleegkundige, het gaat erom dat het de meest aangewezen, competente verpleegkundige moet zijn, noodzakelijk voor de zorgbehoeften van de individuele patiënt. Dat kan zowel gaan om een verstrekker vanuit het ziekenhuis als vanuit een dienst voor thuisverpleging.

De betrokken zorgverleners krijgen hierbij gedurende een in de tijd beperkte periode budgetgarantie, simultaan met hun opdracht tot optimalisering van de zorg, die wordt vastgelegd via concrete doelstellingen. Het is de bedoeling dat het budget anders wordt aangewend en dat met het budget via andere, efficiëntere zorgvormen, een zorg van betere kwaliteit wordt gerealiseerd.

Er zullen inderdaad evaluatiecriteria worden vastgelegd voor de pilootprojecten. Bij sommigen moet er vlug en bij anderen pas na twee jaar een evaluatie worden gedaan, zodat kan worden vastgesteld of de nieuwe organisatie en financiering de beoogde resultaten opleveren. Daarna kan voor een breedschalige implementatie worden gegaan. Er is dus ruimte om te evolueren naar een andere bestaafing in de ziekenhuizen op basis van de turn-over en om de organisatiemethodieken te bevestigen in de toekomstige financieringsmodaliteiten.

Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan een kader waarbinnen projecten kunnen worden ingediend. Er is overleg met de sector en de deelstaten. Daarna zullen de eerste oproepen gebeuren. Het initiatief voor de indiening van een voorstel kan uitgaan van alle betrokken partijen, niet enkel vanuit de ziekenhuizen. Een dergelijk initiatief kan dus ook uitgaan van de betrokken patiëntengroepen. Sommige patiëntengroepen – ik neem het voorbeeld van stomapatiënten – kennen de problematiek immers erg goed. Het kan ook gaan om projecten die slechts een type van zorgverlening omvatten en dan denk ik bijvoorbeeld aan ziekenhuizen of de thuisverplegingssector. Als het slechts gaat over een type zorgverlening, dan kan dat later aan bod komen.

Vooralsnog gaat het over grote groepen patiënten. Er zijn ook zeldzame aandoeningen die speciale behandelingen vereisen. Ik denk dan aan epidermolysis bullosa waarbij kinderen thuis kunnen worden verpleegd. Wij zullen later tot die problematiek komen, want we zullen nu eerst bekijken hoe alles loopt bij de

meer frequente aandoeningen.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik kan alleen maar hopen dat, net als in het kader van de verpleegkundigen in de ziekenhuizen, ook hier de proefprojecten de nodige middelen zullen krijgen om de honoraria voor de thuisverpleging op te trekken.

07.04 Minister Maggie De Block: Dat is heel lief! Ik hoop de steun van uw partij te krijgen bij de volgende begrotingsbesprekingen. Als ik u hier hoor en tegelijkertijd denk aan alle besparingen die uw partij nog wil doorvoeren in de gezondheidszorg, dan maak ik mij wel zorgen.

07.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Als het de verloning van de verpleegkundigen betreft, dan kan ik u zeggen dat wij daar van in het begin heel duidelijk over zijn geweest. Het mag voor ons niet gaan over blinde besparingen, maar wel besparingen en investeringen op korte termijn die zich op lange termijn terugverdienen. Als wij inzetten op een voldoende bestaffing in de ziekenhuizen, stellen wij duidelijke terugverdieneffecten vast. Ik heb u hierover al vragen gesteld in de plenaire vergadering. Ik heb u die cijfers ook al laten bezorgen. Elke euro die wordt besteed aan ziekenhuisbestaffing, wordt op lange termijn naar rato van 75 eurocent terugverdiend. Daar zitten de besparingen niet. Er valt nog veel meer te rapen in andere sectoren, maar niet bij de verpleegkundigen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente:** La question n° 4697 de Mme de Coster-Bauchau est transformée en question écrite.

Nous arrivons à la question n° 4725 de Mme Anne Dedry sur "l'accès aux soins de santé des migrants".

07.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, ik had gevraagd om die vraag in een schriftelijke vraag om te zetten.

La **présidente:** Ce serait bien de le dire avant, madame.

07.07 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dat is gebeurd.

La **présidente:** La question orale n° 4725 de Mme Anne Dedry est donc transformée en question écrite. La question orale n° 4742 de Mme Renate Hufkens est également transformée en question écrite.

08 Question de Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins transfrontaliers et le projet 'eIZOM'" (n° 4748)

08 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de grensoverschrijdende zorg en het 'eIZOM'-project" (nr. 4748)

08.01 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, je souhaiterais faire le point avec vous à propos du projet IZOM, en particulier sous son aspect eIZOM.

Des milliers de Belges bénéficient des avantages de l'accord de coopération transfrontalière IZOM, convenu entre la Belgique, les Pays-Bas et l'Allemagne et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Cette collaboration a pour objectif d'assouplir les formalités administratives pour les patients de l' "Euregio Meuse-Rhin", qui ont recours à des médecins spécialistes au-delà de nos frontières. Cet accord de coopération prévoit entre autres l'utilisation du formulaire E112+. Or, le 1^{er} janvier 2013, la Mutualité Chrétienne de Verviers-Eupen a lancé un nouveau projet: eIZOM. Il s'agit d'une collaboration exclusive entre celle-ci et la mutualité allemande AOK Rheinland/Hamburg. En Belgique, le service rendu ne vaut donc que pour les affiliés de la Mutualité Chrétienne de Verviers. Une carte électronique a été conçue, permettant au spécialiste allemand de voir si le patient a droit aux prestations. La facture pour les soins médicaux prodigués en Allemagne peut ainsi être envoyée par la mutualité allemande AOK à l'INAMI, pour une prise en charge par l'assurance maladie-invalidité belge.

Une telle simplification administrative est évidemment louable, étant donné que tant le patient que le prestataire peuvent en profiter. Il est, en revanche, très regrettable que ce service qui devrait être offert dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire ne vaille que pour les assurés d'une certaine mutualité. Une

constatation s'impose: ce projet n'a pas été ratifié par les organismes compétents en Belgique, nonobstant le fait que l'article 8 de l'accord de coopération IZOM exige explicitement une telle approbation: Je le cite: "En Belgique, il est obligatoire, sous peine de nullité, de faire approuver cet accord de coopération, ainsi que ses éventuelles modifications ultérieures, par les instances publiques nationales compétentes en matière d'assurance obligatoire pour les soins de santé".

En février 2014, j'avais déjà interpellé votre prédécesseure sur la question. Pour celle-ci, il semblait recommandé que son administration prenne les mesures nécessaires pour que la Mutualité Chrétienne de Verviers-Eupen et la Mutualité Chrétienne de Liège suspendent l'instauration de la carte eIZOM. Une évaluation approfondie devait apporter une réponse au manque de transparence quant à la mobilité des patients transfrontaliers et à la communication d'éventuels abus dans l'exécution de l'accord de coopération, visant à contourner les dispositions de la réglementation belge en la matière.

Aujourd'hui, cependant, la mutualité propose toujours le service eIZOM, et nous n'avons obtenu aucune information sur l'évaluation approfondie qui avait, jadis, été promise.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes.

Pouvez-vous me dire où nous en sommes?

Partagez-vous l'analyse de votre prédécesseure sur le sujet? Dans l'affirmative, confirmez-vous qu'un service comme celui offert par eIZOM doit pouvoir s'appliquer à tous les assurés belges qui relèvent du champ d'application de l'accord de coopération IZOM?

Pouvez-vous également confirmer qu'une carte électronique peut remplacer le document officiel E112+? Sinon, quelles sont les mesures que vous comptez prendre pour mettre fin à l'inégalité de traitement entre les assurés belges de la région frontalière?

08.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Jadin, dans le courant de l'année 2014, l'administration a informé l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes des résultats de son analyse. L'introduction de la carte eIZOM telle qu'instaurée par la Mutualité Chrétienne de Liège et la Mutualité Chrétienne de Verviers-Eupen n'est pas conforme à l'accord de collaboration IZOM.

Il a également été souligné que l'assouplissement de l'accès aux soins de santé transfrontaliers par l'accord de collaboration IZOM s'inscrit dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et ne peut être un élément d'une éventuelle concurrence interne entre les organismes assureurs, ce qui est le cas. Cela n'a jamais été et ne sera jamais l'intention de l'accord de collaboration IZOM. Néanmoins, en référence aux renseignements en notre possession, il semble que l'introduction de la carte eIZOM ait donné et donne encore lieu à une concurrence interne entre les organismes assureurs et un traitement discriminatoire des assurés.

Dès lors, il a été demandé à l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de prendre en urgence les mesures nécessaires pour obliger la Mutualité Chrétienne de Liège et la Mutualité Chrétienne de Verviers-Eupen à retirer la carte eIZOM. Une lettre a été envoyée le 28 mai 2014 et un rappel a été envoyé le 1^{er} octobre 2014. En même temps, l'INAMI a envoyé un courrier au Collège intermutualiste national demandant de faire une évaluation globale du projet IZOM, y compris de la carte eIZOM.

À la suite de votre question, j'ai pris cet ancien dossier, datant d'avant mon arrivée au département, en mains pour trouver une solution définitive. Je ne manquerai pas d'insister auprès de la Mutualité Chrétienne de Liège et de la Mutualité Chrétienne de Verviers-Eupen pour qu'elles respectent la demande de mon administration.

J'ai aussi demandé à mon administration de préparer une évaluation approfondie de l'accord de collaboration IZOM. Cette évaluation approfondie doit apporter une réponse au manque de transparence sur la mobilité des patients transfrontaliers, ainsi qu'une information sur d'éventuels abus de l'accord de collaboration IZOM pour contourner les dispositions de la réglementation belge en matière d'assurance obligatoire et tenir compte du cadre réglementaire modifié au niveau européen concernant l'accès aux soins de santé transfrontalier.

08.03 Kattrin Jadin (MR): Merci beaucoup, madame la ministre, non seulement pour ces réponses très

précises, mais aussi pour m'avoir donné une mise à jour de la situation. Le fait que certaines mutuelles se trouvent en concurrence par rapport à d'autres, et ce d'une manière que je considère comme déloyale; est un fait très regrettable. Je pense qu'il faut pallier les manquements constatés.

Je tiens à vous dire, madame la ministre, que le projet IZOM constitue une bonne initiative. J'attendrai donc avec vous le résultat de l'évaluation qui en sera faite. Je reviendrai évidemment vers vous en temps opportun.

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

09 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport du groupe de travail 'Produits dermatologiques pour affections dermatologiques chroniques'" (n° 4758)

09 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verslag van de werkgroep die zich buigt over dermatologische producten voor chronische huidaandoeningen" (nr. 4758)

09.01 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, en date du 26 novembre 2014, je vous interrogeais sur le traitement d'une maladie rare pour laquelle aucun traitement n'a à ce jour été développé, à savoir l'ichtyose.

Dans votre réponse, vous me précisiez que le groupe de travail "Produits dermatologiques pour affections dermatologiques chroniques" avait remis son rapport au Comité de l'assurance en juillet 2013.

Dans ce rapport, le groupe de travail analysait les problèmes de coûts et de qualité liés aux traitements dermatologiques locaux d'usage courant pour les affections dermatologiques chroniques.

À la suite de cette analyse, il proposait une série de solutions afin d'améliorer la qualité des soins et réduire les coûts supportés par les patients pour les traitements dermatologiques locaux.

Madame la ministre, à l'époque, vous me faisiez savoir que ce rapport avait été transmis au Conseil technique pharmaceutique ainsi qu'à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé pour examen. Vous précisiez également qu'un projet de forfait pour les produits à usage dermatologique était presque finalisé et pourrait entrer en vigueur en 2015. Que ressort-il de l'examen du rapport par les organes de décision que vous aviez sollicités? Où en est-on dans le projet de forfait pour les produits à usage dermatologique? A-t-il déjà pu être élaboré? Si non, pour quand est-il prévu?

09.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, des progrès ont été engrangés mais pas assez. Un projet d'arrêté royal a été élaboré par le Conseil technique pharmaceutique et a été envoyé au Comité de l'assurance de l'INAMI.

J'ai souhaité revoir ce texte car il y avait encore trop de charges administratives pour les patients et pour les prestataires de soins alors que, comme vous le savez, notre réforme vise également à diminuer les charges administratives. En effet, nous estimons qu'ajouter des tâches administratives pour les patients et les prestataires de soins dans les nouveaux projets est à éviter.

Ce texte sera revu par le Comité technique pharmaceutique en présence d'un représentant du cabinet. Il sera ensuite, comme c'est l'usage, envoyé au Comité de l'assurance puis suivra la procédure habituelle. Je pense qu'il faut prendre le temps nécessaire pour diminuer les charges administratives pour les patients et les prestataires de soins.

Il est impossible de prévoir la date de publication de cet arrêté ou sa date d'entrée en vigueur, mais nous allons travailler aussi vite que possible. Il est dommage qu'il n'ait pas compris car dorénavant, nous demandons, pour toutes les nouvelles mesures, que la charge administrative soit plus simple. Il faudra recommencer.

09.03 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous estimez que les charges administratives pour les patients et les prestataires de soins ne doivent pas être excessives. Je partage votre point de vue à ce sujet.

Par contre, la lenteur m'exaspère parfois! L'année dernière, j'ai couru six heures d'affilée pour défendre le projet relatif à l'ichtyose. J'espère ne pas devoir courir six heures tous les ans pour défendre ce projet. Cette année, je courrai six heures d'affilée pour l'autisme. J'espère en tout cas que nous allons avancer dans ce projet parce que les patients atteints de cette maladie sont vraiment désireux et attendent avec empressement vos décisions, madame la ministre. En leur nom, je vous en remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 4928 de Mme Nahima Lanjri est transformée en question écrite.

10 **Question de M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accès public aux défibrillateurs externes automatiques" (n° 4819)**

10 **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een publieke toegang tot automatische externe defibrillatoren" (nr. 4819)**

10.01 **Damien Thiéry** (MR): Madame la ministre, le 23 juin 2013, nous avons adopté une résolution visant à généraliser l'accès public aux défibrillateurs. Cette résolution contenait un certain nombre d'objectifs. J'en retiens trois spécifiquement. Le premier était d'établir un cadastre des défibrillateurs accessibles au public en 2013. Le deuxième était de localiser les zones publiques permettant d'installer ces défibrillateurs, certainement celles où il existe une distance importante entre la population et les hôpitaux. Et enfin, suivant cette résolution, il y avait lieu d'identifier, en collaboration avec les Communautés, les provinces et même les communes, les lieux nécessitant la mise en place de ce type d'appareil, les éventuels subsides pouvant être octroyés à ces différentes entités, voire même, on en avait parlé, à des clubs sportifs.

Pourriez-vous nous dire si ce cadastre des défibrillateurs a été réalisé? Ou bien est-il en cours de réalisation? Des conclusions ont-elles déjà été tirées? Selon vous, en fonction des niveaux de pouvoir, des initiatives sont-elles prises par ces derniers pour aider les communes et les clubs sportifs à mettre en place ce type d'appareil?

10.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Thiéry, je peux vous confirmer que le cadastre des défibrillateurs externes automatiques (DEA) existe. On peut en trouver la liste sur le site web du SPF Santé publique. Cette liste est mise à jour mensuellement et compte aujourd'hui environ 5 700 enregistrements. On a aussi constaté que le cadastre n'est pas vraiment bien alimenté, que tous les DEA ne font pas l'objet d'un enregistrement et que le suivi administratif d'un appareil enregistré n'est pas toujours optimal non plus. Par exemple, en cas de déménagement, le cadastre n'est pas toujours averti du changement de lieu de mise à disposition. Nous sommes en train d'examiner comment la fiabilité du cadastre pourrait être augmentée et ce, comme vous le mentionnez bien dans votre question, afin de venir en aide à la population en cas de malaise cardiaque.

Dans ma commune, il y a une nouvelle salle de sport mais je dois encore demander au responsable - mon frère, en l'occurrence - si le nouveau défibrillateur a déjà été enregistré.

Wij hebben er nu verschillende, ook in alle deelgemeenten. Ik weet niet of die al allemaal in dat kadaster opgenomen zijn.

Il y en a beaucoup plus que 5 700. Ils ne sont pas tous enregistrés et les déménagements ne sont pas toujours signalés non plus.

10.03 **Damien Thiéry** (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous dites avoir été confrontée à l'achat de ce type d'appareil dans votre commune. Avez-vous eu la possibilité d'obtenir des subsides?

10.04 **Maggie De Block**, ministre: Nous l'avons acheté nous-mêmes, mais ce n'est pas très cher. Il s'agit d'une nouvelle salle récréative et de sport qui peut accueillir 600 personnes. Il y en a également un à la maison communale, ainsi que dans les autres salles de sport. Nous les avons achetés sur fonds propres mais les prix ont diminué; c'est comme les gsm!

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

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van de artsen in opleiding" (nr. 4832)

- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kandidaat-specialisten in opleiding" (nr. 5668)

11 Questions jointes de

- **Mme Valerie Van Peel** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des médecins en formation" (n° 4832)

- **Mme Muriel Gerkens** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les candidats médecins spécialistes en formation" (n° 5668)

11.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, in het regeerakkoord staat dat de invoering van een aanpast sociaal statuut voor huisartsen en specialisten in opleiding onderzocht zal worden. Eind april stuurde het VASO, een nationale vereniging voor artsen en specialisten in opleiding, een oproep uit om werk te maken van dat aangepast statuut. Deze brief werd mee ondertekend door het VGSO. Ook de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen steunt de vraag die daar gesteld wordt. De vraag naar een aangepast statuut kadert in een bredere vraag om de kwaliteit van de opleiding niet alleen te waarborgen maar ook verder te verbeteren. Ook inzake de opleiding komen er zaken naar voren die zonder meer onze aandacht verdienen, bijvoorbeeld het garanderen van een evenwichtige verhouding in de tijdverdeling tussen opleiding en werk maar ook en vooral het voorzien van voldoende stageplaatsen en stagebegeleiders en het aanpassen van de erkenningcriteria voor stagebegeleiders want daarover doen ook nogal wat verhalen de ronde.

Mevrouw de minister, u kent de situatie natuurlijk. Ik moet u er wellicht niet van overtuigen dat een grondige evaluatie aangewezen is en dat er waar nodig aanpassingen dienen te gebeuren. Een degelijke, kwaliteitvolle opleiding is immers in ieders belang.

Ik heb dan ook enkele vragen. Hebt u al een onderzoek naar het aanpassen van het statuut van artsen in opleiding opgestart? Zo ja, wat is de stand van zaken? Zo neen, wanneer gaat u ermee starten?

Niet alleen met de dubbele cohorten, ook in de andere jaren moet in voldoende kwaliteitsvolle stageplaatsen voorzien worden voor de artsen in opleiding. Op welke manier gaat u dat optimaliseren? Ik heb het dan over de binnenlandse plaatsen. Hoe ver staat het werk van de Hoge Raad inzake het oplijsten van onvolledig benutte stageplaatsen?

Zowel de artsen in opleiding als de Hoge Raad zien buitenlandse stages als een mogelijkheid om in bijkomende plaatsen te voorzien. Hoe denkt u een betere ondersteuning van deze stages te bewerkstelligen?

De Hoge Raad zou werken aan een evaluatie van de criteria voor stagebegeleiders. Beschikt u al over een advies? Wanneer zou dat er kunnen komen?

Op welke manier worden mogelijke stagebegeleiders ingelicht of gerekruteerd? Hoe kunnen ze beter aangesproken en gemotiveerd worden? Met andere woorden, welke maatregelen gaat u nemen opdat de stagemeesters voldoende tijd en ruimte hebben om naast hun werk als arts ook artsen in opleiding degelijk te begeleiden?

11.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, les associations francophones et néerlandophones de candidats médecins spécialistes se sont adressées à vous, tant pour leur statut social que pour les formations et les spécialisations qui durent de plus en plus longtemps. En effet, les candidats stagiaires sont âgés de plus de 30 ans lorsqu'ils terminent leur formation. Il importe donc qu'ils puissent cotiser pour leur pension lorsqu'ils seront en fin de carrière et bénéficier d'un statut social plus complet que celui mis en place en 2007 ou 2008. J'aurais voulu connaître votre réponse en la matière, même si vous vous êtes déjà exprimée favorablement vis-à-vis de leurs requêtes.

Mais ils ont formulé une autre demande importante, celle de pouvoir bénéficier, comme les médecins

généralistes, d'une structure intermédiaire de type ASBL pour la gestion administrative de tous ces stages, qui est plus compliquée que pour les médecins généralistes, puisqu'il y a une foultitude de spécialisations, de lieux de stage (hôpitaux universitaires, hôpitaux périphériques), des rémunérations différentes pour les gardes qu'ils effectuent selon les hôpitaux, par exemple. Ces différences sont liées à la complexité du secteur, mais aussi aux situations inéquitables entre ces stagiaires. Aussi, une structure qui permettrait de gérer la répartition des stagiaires, de prendre en charge les démarches administratives pour les cotisations, pour le financement INAMI me semble-t-elle être une proposition intéressante.

Je voulais connaître la réponse réservée à cette demande et si un travail était en cours à ce sujet. En 2018, nous allons nous retrouver avec une double cohorte de médecins. Il faudra donc organiser de manière particulièrement dynamique les stages durant ces années, afin que tous les étudiants puissent effectuer des stages tant dans les hôpitaux universitaires que périphériques ou des travaux de recherche, peut-être à l'étranger. Une gestion centralisée pourrait garantir la qualité de la formation dans ces différentes dimensions.

11.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Peel, mevrouw Gerken, in de algemene beleidsnota gezondheidszorg werd onder punt 3 aangekondigd dat de invoering van een aangepast sociaal statuut onderzocht zou worden. Dat onderzoek is momenteel aan de gang, maar gezien de complexiteit zal het enige tijd vergen.

Votre proposition de tenir compte des années d'étude dans le calcul de la carrière sera également examinée. Vous comprendrez qu'elle devra évidemment cadrer avec les modifications récentes, notamment la suppression de la bonification de diplôme. En effet, il faut travailler suffisamment en profondeur. Un élément est déjà clair aujourd'hui: une adaptation du statut social aura d'importantes implications budgétaires. Là, il faut aussi faire les calculs.

Je suis en mesure de vous communiquer qu'une réunion a eu lieu avec l'Association des médecins spécialistes en formation (AMSF) le 10 juin. Une réunion avait déjà été planifiée antérieurement mais elle n'avait pas pu avoir lieu étant donné que l'AMSF n'avait pas pu prendre connaissance à temps de l'invitation envoyée par courrier électronique.

Wij proberen zonder veel papier te werken, maar blijkbaar gaat een elektronische uitnodiging bij sommigen al eens gemakkelijk verloren. Daar moeten wij ook rekening mee houden. Er is dus een vergadering geweest.

Een andere zaak betreft de opleiding tot arts. Ik meen dat men daarbij het sociaal statuut en de opleiding, de problematiek van de stageplaatsen en de dubbele cohorte dus, los van elkaar dient te zien. Wat de opleiding betreft, dient prioritair de kwaliteit van de professionele vorming te worden bewaakt. Voor elke discipline moeten de eindcompetenties gedefinieerd worden die het vormingstraject bepalen.

Er wordt doorheen het traject in een stijgende autonomie voorzien, met aandacht voor de transitiefases, omwille van de veiligheid van de zorg. De vormingstrajecten kunnen een zeker mate van variatie inhouden, onder meer volgens de interesse van de kandidaat, maar er moet worden gestreefd naar een gegarandeerde, kwalitatieve en volledige vorming voor elke kandidaat, wat een minimaal te garanderen uniformiteit veronderstelt.

De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen past een dergelijke aanpak toe voor de actualisering van de specifieke erkenningscriteria. Momenteel is die bezig die erkenningscriteria te herbekijken en daarover adviezen te geven, die dan bij ons in ministeriële besluiten omgezet moeten worden.

Nous vérifions si le financement actuel suffit ou non pour les efforts demandés de la part du maître de stage et de l'équipe de stage. Pour des raisons de qualité de la formation et de bien-être des candidats, un mentorat-tutorat clairement identifiable est indiqué. Il faut également prévoir une formation régulière des maîtres de stage des médecins spécialistes en formation, comme c'est déjà le cas pour les médecins généralistes à l'heure actuelle. Nous examinerons prochainement comment élaborer un système réaliste et performant pour le soutien et l'évaluation de la qualité de service des stages.

Daar zullen wij ook een aandachtspunt van maken, want er bestaat inderdaad een groot kwaliteitsverschil tussen de stageplaatsen voor de studenten.

Deze aandachtspunten maken ook deel uit van mijn recente adviesaanvraag van 11 mei 2015 aan de Hoge Raad over de aanpassing van het ministerieel besluit van 23 april 2014, dat de algemene criteria voor de erkenning regelt voor geneesheer-specialisten, stagemeesters en stagediensten. Het regelt de transversale criteria voor artsen-specialisten. Dezelfde aandacht zal gaan naar een reglementering inzake de professionele vorming van de huisartsen.

Er moeten inderdaad voldoende stageplaatsen zijn voor de dubbele cohorte van 2018. De kwaliteit van de vorming blijft ook een van onze prioriteiten. Er gebeurt dan ook een gericht onderzoek naar het situeren van niet-aangevraagde of niet-benutte stageplaatsen. Wat de huisartsen betreft, lijkt er een reserve van erkende stagemeesters te bestaan, maar zij moet ook nader worden geëvalueerd. Wat de buitenlandse stages betreft, was het ministerieel besluit van 23 april 2014 voor artsen-specialisten in opleiding al vernieuwend. Een Belgische kandidaat kan onder bepaalde voorwaarden maximaal een derde van de duurtijd van zijn stage in het buitenland doormaken. Dat is een verschil tegenover het buitenland, waar de marge veel kleiner is. Dat is volgens ons voorlopig voldoende, maar andere aanpassingen zijn *en cours de route*.

11.04 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik dacht al dat het nog bezig zou zijn, want het is inderdaad veel complexer dan het op het eerste gezicht misschien lijkt. Ik ben blij dat u een paar dingen hebt aangehaald en dat u erkent dat de nood aan kwaliteit bij de stages heel groot is. Uit het veld hoort men immers heel verschillende verhalen, terwijl het toch gaat over de opleiding van onze artsen van morgen. Dat is dus zeker niet onbelangrijk.

Hetzelfde geldt voor het voldoende aantal plaatsen, zeker voor het jaar met de dubbele cohorte, maar eigenlijk ook voor de andere jaren. Nu worden studenten immers blijkbaar gedwongen om bepaalde richtingen te kiezen, puur op basis daarvan, niet enkel op basis van de noden, de quota of eigen voorkeur. De keuze gebeurt dus op basis van welke stageplaats nog vrij is. Dat is niet de juiste evolutie.

Wij zullen in de toekomst dan ook zeker nog terugkomen op het dossier, want er is nog heel wat werk aan de winkel.

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

J'entends bien que l'on procède à une évaluation concernant le coût d'un statut social amélioré et que vous attendez des informations complémentaires concernant les critères et l'aménagement de manière à permettre une formation de qualité.

Avec votre dernière remarque relative aux stages à l'étranger, vous rejoignez l'une de mes préoccupations qui est partagée par ces candidats médecins spécialistes. En effet, leur formation peut prendre différentes formes, mais ils doivent avoir la garantie que chacun puisse effectuer une partie de son stage en hôpital universitaire, dans la recherche scientifique, et à l'étranger dans la mesure où cela peut constituer un plus. Autrement dit, il faut que chacun ait accès à ces différentes dimensions qui doivent, en outre, être de qualité.

Vous avez parlé d'harmonisation, mais vous n'avez pas évoqué la question de la mise en place d'une structure équivalente à celle des médecins généralistes.

11.06 Maggie De Block, ministre: Madame, j'ai dit qu'il fallait également prévoir une formation régulière des maîtres de stage des médecins spécialistes en formation, comme c'est déjà le cas pour les médecins généralistes. Je pense à une structure similaire à celle dont on dispose pour les médecins généralistes, le Centre inter-universitaire ICHO, qui fonctionne bien. Du côté flamand, quatre universités ont travaillé ensemble à l'organisation d'une formation de deux ans, formation qui passera, d'ailleurs, bientôt à trois ans, après les sept années d'études.

Vous savez également que des moyens sont également attribués par l'INAMI. Il est question ici de pas moins de 12 millions par an à l'attention des maîtres de stage.

11.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Quand pensez-vous que je pourrai vous réinterroger pour avoir des informations quant aux réponses que vous aurez reçues?

11.08 Maggie De Block, ministre: Je ne peux me prononcer à ce sujet pour l'instant. J'ai demandé

beaucoup d'avis au Conseil supérieur. J'ai également confié beaucoup de travail aux administrations. Cependant, ils n'ont pas que cela à faire. Je leur demande de travailler assez rapidement, mais il faut quand même leur laisser le temps nécessaire.

11.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Dans ce cas, je vous réinterrogerai à la rentrée.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan geriateren" (nr. 4849)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan artsen voor bejaarden" (nr. 4939)

12 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de gériatres" (n° 4849)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de gérontologues" (n° 4939)

12.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag dateert van begin juni. Toen heeft het kenniscentrum een rapport uitgebracht in het licht van de evaluatie van de interne geriatrie teams. Zoals u weet heeft uw voorganger een tiental jaar geleden de geriatrie teams wijdverspreid ingevoerd in de ziekenhuizen. Deze teams werden opgericht voor de geriatrie aanpak van personen die niet in een G-bed terecht kwamen, dus niet op een gespecialiseerde geriatrie afdeling. Dit moest het mogelijk maken dat de geriatrie zorgen toch op een goede manier in een ander bed zouden worden opgevolgd.

Het rapport was kritisch in die zin dat ondanks het feit dat de geriatrie teams op het terrein als zeer positief werden ervaren door de patiënten, men toch moest vaststellen dat de werklast enorm groot is. De teams zijn vaak te klein en zeer heterogeen samengesteld, hoewel de conventie daarin vrij duidelijk is. Vaak is het zo dat verpleegkundigen en geriateren de leiding hebben, maar kinesisten, diëtisten, psychologen en logopedisten komen te weinig terecht in die teams. De teams komen ook te weinig tot aan het bed van de patiënt en vaak trekt men conclusies op basis van rapportering.

Voorts blijkt uit de studie dat er veel meer geriatrie vorming en opleiding van verpleegkundigen en geriateren nodig is. Betrokkenen hebben te weinig geriatrie scholing wanneer zij aan het bed komen.

Vervolgens — en dat is niet nieuw — wordt in de studie nogmaals gewezen op het huidige tekort aan geriateren om die teams te versterken. Bovendien zijn zij niet het beste beddeeld in het kader van de nomenclatuur.

Kortom, het rapport was vrij kritisch, in die zin dat wil een oudere persoon tegenwoordig in een ziekenhuis de beste geriatrie zorgen krijgen, dan moet hij of zij in een G-bed belanden. Ligt de oudere patiënt niet in een G-bed, dan laten de geriatrie zorgen wat te wensen over.

Mevrouw de minister, u bent op de hoogte van de studie. Wat zult u daarmee doen? Zult u een en ander bijsturen? In het kader van de nomenclatuur vermoed ik dat de geriatrie één van uw aandachtspunten zal zijn. Het is echter ruimer. Hoe ziet u de werking van die teams? Wat denkt u over de aandachtspunten van het rapport in dat verband?

12.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit mij bij de vorige spreker aan. Geriater is inderdaad een knelpuntberoep geworden, en het KCE-rapport geeft heel wat belangrijke elementen aan die de moeite van het volgen waard zijn.

De kwaliteit van de geriatrie zorg kan zeker veel beter. Mijn vragen zijn dan ook de volgende.

Zult u deze zorg verder evalueren? Zo ja, hoe?

Wat zult u concreet doen aan het tekort aan geriatrische artsen en verpleegkundigen? Zult u de regering streefcijfers opleggen? Op welke termijn?

Hoe zult u samenwerken met de Gemeenschappen met het oog op de vorming van geriatrische artsen? Zult u samen pogingen ondernemen om het beroep van geriater-pediater-neuroloog aantrekkelijker te maken?

Mijn collega heeft al gezegd dat betrokkenen slecht betaald worden. Ik wil graag horen of u een mogelijkheid ziet om hun loon te verbeteren? Zij voeren inderdaad vele intellectuele prestaties en weinig ziekenhuisprestaties. Het is erg belangrijk, met het oog op de kwaliteit van de zorg, dit intellectuele werk te herwaarderen. Hoe zult u dit aanpakken?

12.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Muylle en mevrouw Dedry, wat de vragen over de kwaliteitstoetsing van de geriatrische zorg betreft, is de federale overheid enkel bevoegd voor de evaluatie van de uitoefening van de gezondheidszorgen. Het College van geneesheren voor de dienst geriatrie bij de FOD Volksgezondheid onderzoekt welke kwaliteitsindicatoren relevant en belangrijk zijn. Het college nam ook al heel wat initiatieven om richtlijnen te ontwikkelen, bijvoorbeeld inzake het vermijden en de aanpak van een delirium tijdens een ziekenhuisopname. Deze richtlijnen werden telkens in overleg met diverse beroepsgroepen ontwikkeld.

Wat de planning van het medische aanbod betreft, is er zeker aandacht voor knelpuntberoepen als geriater. Binnen het federaal vastgelegde quotum kunnen krachtens de zesde staatshervorming de Gemeenschappen subquota of minimale quota bepalen, onder andere voor geriaters. Dit behoort nu dus tot de bevoegdheid van Vlaams minister Vandeuren.

Die minimale quota waren sinds 2006 ook al federaal vastgelegd, maar wij weten dat wij voor de invulling voor geriaters niet aan de minimale quota geraken.

Recent vroeg ik de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen om een advies over het standpunt van de Federale Adviesraad voor Ouderen bij de FOD Sociale Zaken, over kiezen voor geriatrie. Dat advies wordt verwacht tegen eind dit jaar. De Hoge Raad werkt ook aan een advies over de aanpassing van de erkenningsvoorwaarden voor de geriater, de stagemeeesters en de stagediensten geriatrie.

De honorering van de geriater wordt uiteraard meegenomen in de werf die simultaan loopt met de heroriëntering van ons ziekenhuislandschap, met name de werf van de herijking van de nomenclatuur. Reeds in 2014 werd het aantal medewerkers in het intern liaisonteams gewijzigd. De grootte van de gefinancierde teams varieert van twee tot zes fulltime equivalenten, afhankelijk van het aantal oudere patiënten gehospitaliseerd buiten de G-dienst.

Wat betreft de vraag over de verpleegkundigen met een specialisatie geriatrie, in de evaluatie van het attractiviteitsplan voor verpleegkunde zoeken wij naar een juiste waardering van de gespecialiseerde verpleegkundige binnen een generieke visie en niet meer ten koste van een bepaalde pathologie of afdelingsspecifiek specialisme.

Gelet op de vergrijzing van de bevolking zouden wij het in het algemeen wijs vinden mocht in de basisopleiding verpleegkunde meer aandacht worden besteed aan geriatrie, zowel in het theoretisch als in het klinisch onderwijs. Wij weten immers dat het geboortecijfer daalt en de vergrijzing een feit is. Dan is het maar logisch dat hieraan meer aandacht zou worden besteed in de algemene opleiding verpleegkunde.

Ten slotte wordt, zoals u weet, in een nieuw ziekenhuisfinancieringsmodel ook onderzocht hoe alternatieven voor ziekenhuisopnames kunnen worden gestimuleerd. In dat verband denk ik bijvoorbeeld aan de projecten van intraveneuze behandeling voor pneumonie die eventueel ook in een rust- en verzorgingstehuis kunnen plaatsvinden, transmuraal dus.

Dat is ook een van de doelstellingen van het toekomstig plan voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, waarmee tegelijk de intramurale en transmurale samenwerking in het belang van de zorgcontinuïteit voor de patiënt wordt bevorderd.

12.04 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, aangezien die liaisonteams een federale bevoegdheid blijven, vind ik dat wij die goed moeten opvolgen.

U hebt erin gelijk dat alles aan elkaar gekoppeld is. Zo denk ik dat het aantal geriatisch verantwoorde bedden een pak hoger ligt dan het aantal erkende bedden. De geriatrie is volgens mij een van de weinige disciplines waar dat het geval is. De reden is dat geriatrie voor de ziekenhuizen vaak geen lucratieve bezigheid is. Het heeft ook te maken met een tekort aan handen, want zorgverpleegkundigen kiezen vaak niet meteen voor geriatrie. Er is ook een tekort aan geriateren en dat heeft met de nomenclatuur te maken. U hebt die punten terecht aangehaald.

Mevrouw de minister, dienaangaande liggen er nog verschillende zaken binnen uw competenties. Er zal een globale aanpak nodig zijn om de huidige kwaliteit van de geriatische zorgen in ziekenhuizen, waarover ik mij zorgen maak, te verbeteren.

12.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, het klopt dat het probleem alleen met een globale aanpak opgelost zal geraken.

Ik deel zeker uw mening om in te zetten op geriatische verpleegkundigen en om te proberen om op die manier enkele knelpunten in de geriatrie weg te werken. Dat vind ik dus een goed denkspoor. Dat neemt niet weg dat het ook belangrijk is om de onderbetaling van de geriateren niet uit het oog te verliezen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de M. Benoît Friart au vice-premier ministre et ministre de l'Emploi, de l'Économie et des Consommateurs, chargé du Commerce extérieur, sur "la lutte contre le commerce illicite de tabac" (n° 4850)

13 Vraag van de heer Benoît Friart aan de vice-eersteminister en minister van Werk, Economie en Consumenten, belast met Buitenlandse Handel, over "de strijd tegen de illegale tabakshandel" (nr. 4850)

13.01 Benoît Friart (MR): Madame la présidente, madame la ministre, lors de la journée mondiale sans tabac du 31 mai, l'OMS a invité les gouvernements à signer le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Ce protocole est le premier protocole de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et constitue un traité international à part entière.

Ce protocole prévoit plusieurs points: des mesures concernant la chaîne logistique du tabac, la délivrance de licences pour l'importation, l'exportation et la fabrication de produits du tabac, la mise en place de systèmes de suivi et de traçabilité et la prise de sanctions contre les responsables du commerce illicite.

Le commerce illicite du tabac offre au consommateur des produits moins chers, en les soustrayant aux taxes prélevées par l'État. De ce fait, ce commerce prive l'État de recettes fiscales, ce qui réduit les ressources que les pouvoirs publics peuvent accorder au développement socioéconomique mais également aux services publics pour les soins de santé.

Aujourd'hui, huit pays ont ratifié ce protocole (Autriche, Congo, Espagne, Gabon, Mongolie, Nicaragua, Turkménistan et Uruguay). Pour que ce protocole soit applicable au niveau du droit international, il est nécessaire que 40 pays le ratifient.

Madame la ministre, est-il prévu que la Belgique ratifie ce protocole? Si oui, quand le fera-t-elle?

Au regard de la lutte contre le commerce illicite du tabac, où en est la Belgique? La signature de ce protocole aura-t-elle des conséquences quantifiables dans la lutte contre ce commerce illicite en Belgique?

13.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Friart, le protocole sur le commerce illicite des produits du tabac a été adopté en 2012 au niveau international, par le biais de la Convention-cadre de lutte contre le tabagisme de l'OMS. Depuis, la Belgique a signé ce protocole. Il entrera en vigueur dès que 40 pays l'auront ratifié.

Il a été décidé que ce traité international relevait uniquement des compétences fédérales. Seul le parlement fédéral doit ratifier ce texte.

Mes services examinent l'élaboration d'un projet d'assentiment afin de ratifier ce protocole. À cette fin, il est nécessaire de travailler en collaboration avec les autres services fédéraux en charge de la problématique, comme le service des douanes et accises.

En termes de *timing*, il serait préférable d'avoir ratifié le protocole avant fin 2016, afin de pouvoir participer à l'éventuelle première réunion des parties qui pourrait avoir lieu à ce moment si le texte est entré en vigueur à cette date. Comme vous l'avez dit, de nombreux pays doivent encore le ratifier.

Ce sont les services des douanes qui sont spécifiquement compétents pour ces questions. Je vous invite donc à interpellier mon collègue Van Overtveldt, ministre des Finances, afin d'obtenir les renseignements demandés. Nous devons travailler ensemble car ce sont deux compétences distinctes. Il y a, d'une part, la Santé et, d'autre part, les Finances.

13.03 Benoît Friart (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Je ne manquerai pas de me mettre en rapport avec votre collègue, le ministre des Finances, car vous me dites que c'est au niveau des douanes que cette problématique sera gérée.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Questions jointes de

- **M. Benoît Friart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence d'acrylamide dans l'alimentation" (n° 4870)**

- **M. Veli Yüksel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis de la EFSA relatif à la cuisson des frites" (n° 5136)**

- **Mme Leen Dierick à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'acrylamide" (n° 5547)**

- **M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques liés aux acrylamides dans l'alimentation" (n° 5663)**

14 Samengevoegde vragen van

- **de heer Benoît Friart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "acrylamide in voeding" (nr. 4870)**

- **de heer Veli Yüksel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van EFSA over het bakken van frieten" (nr. 5136)**

- **mevrouw Leen Dierick aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "acrylamide" (nr. 5547)**

- **de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de risico's van acrylamide in de voeding" (nr. 5663)**

14.01 Benoît Friart (MR): Madame la ministre, les experts de l'EFSA (Autorité européenne de sécurité des aliments) ont confirmé leurs observations sur les risques de développement de cancers liés à l'acrylamide, une substance chimique que l'on retrouve dans les chips, frites, pains, biscuits, café. Ce composant chimique se forme lors du processus de cuisson à haute température, au cours duquel les protéines entrent en contact avec du sucre (au delà de 120°).

Les résultats de cette étude indiquent également que le développement du cancer n'est pas dû uniquement à la présence d'acrylamide dans la nourriture, mais est généralement le résultat d'une conjonction de plusieurs éléments. L'EFSA a cependant considéré nécessaire de prévenir les gouvernements des dangers que peut amener ce composant chimique.

Food Drink Europe, qui est la confédération de l'industrie alimentaire au niveau de l'Union européenne a déclaré que le niveau d'acrylamide présent dans les différents produits alimentaires dépendait d'un large nombre de facteurs, mais a néanmoins reconnu qu'il était important de réduire ce niveau au plus bas possible.

Depuis 2011, la Commission européenne recommande aux États membres d'ouvrir des enquêtes, lorsque les niveaux d'acrylamide dans l'alimentation dépassent certaines valeurs indicatives. Ce type de contrôle existe-t-il en Belgique? La deuxième grande recommandation de la Commission concerne la gestion des habitudes alimentaires, notamment celles qui concernent le type de cuisson. Estimez-vous nécessaire de

sensibiliser davantage le citoyen à cette problématique?

14.02 Veli Yüksel (CD&V): Mevrouw de minister, een maand geleden publiceerde de EFSA, de Europese Autoriteit voor de Voedselveiligheid, een advies over het bakken van frieten. Frieten zouden niet te hard gebakken mogen worden, want dan komt er acrylamide vrij. Acrylamide komt vrij bij het bakken aan temperaturen boven 120° C, maar de mate waarin hangt ook af van de baktijd en de aanwezig suikers. Ondertussen werd meerdere malen aangetoond dat acrylamide een schadelijke stof is, die de kans op kanker verhoogt. De stof zit bovendien niet alleen in frieten, maar ook in brood, chips en koekjes.

Test Aankoop heeft ondertussen gereageerd op de publicatie van de Europese Autoriteit voor de Voedselveiligheid. Volgens *Test Aankoop* bevestigt het advies de voorgaande evaluaties en onderzoeken, waarbij men een link legt tussen acrylamide en kanker, en dus het gevaar voor de volksgezondheid. Ik citeer: "Het is hoog tijd voor maatregelen om de consumenten over de gevaren te informeren. Er moeten dwingende waarden worden vastgelegd." *Test Aankoop* heeft die voorstellen en eisen aan u bezorgd, zo las ik in de pers.

Ik heb de volgende vragen.

Acht u het nodig om maatregelen te nemen die de hoeveelheid acrylamide in onze voeding beperken of aanpassen? Denkt u eraan om dwingende waarden vast te leggen? Zo ja, aan welke maatregelen denkt u? De consument moet volgens mij voldoende geïnformeerd worden over de risico's. Denkt u ook aan een sensibiliseringscampagne omtrent de gevaren van acrylamide?

14.03 Leen Dierick (CD&V): Mevrouw de minister, ik denk dat de collega's het probleem al voldoende geschetst hebben. Om efficiënt te werk te gaan, zal ik me dus beperken tot het stellen van mijn vragen.

In welke aanpak voorziet u om deze gezondheidsrisico's in te perken?

Welke maatregelen zijn er al genomen om de blootstelling van de consumenten aan de stof zo laag mogelijk te houden?

Wat is het wettelijke kader waarbinnen deze problematiek kan worden aangepakt? Overweegt u om dit wettelijk kader uit te breiden en eventueel dwingende maatregelen op te leggen?

Plant u samen met het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen controles op de kwaliteit van bepaalde aangehaalde producten, waarbij er een verhoogd risico op acrylamide bestaat? Zo ja, wat is hiervoor de timing?

Zoals de heer Yüksel reeds aanhaalde, is het wat de thuisconsumptie betreft, belangrijk dat consumenten gesensibiliseerd worden over de problemen die acrylamide kan veroorzaken. Plant u op dat vlak sensibiliseringsmaatregelen? Hebt u hierover al overleg gepleegd met de minister van consumentenzaken? Zo ja, wat heeft dit overleg opgeleverd? Zo neen, wanneer zal dit er komen?

Ik dank u alvast voor uw antwoorden.

14.04 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, quand mon collègue M. Friart, qui produit une excellente bière tout près de chez nous, évoque la difficulté et le danger de consommer des boissons cuites, je m'empresse de me joindre à lui pour poser une question sur l'acrylamide.

Le 4 juin 2015, l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) a publié sa première évaluation complète des risques associés à l'acrylamide dans les aliments. Des experts ont à nouveau confirmé les évaluations précédentes selon lesquelles l'acrylamide dans les aliments accroît potentiellement le risque de développement d'un cancer pour les consommateurs de tous les âges. Outre le cancer, le groupe scientifique s'est également penché sur les effets nocifs possibles de l'acrylamide sur le système nerveux, sur le développement pré et postnatal et sur le système reproducteur masculin.

Cette substance chimique étant présente dans un large éventail d'aliments consommés au quotidien, le problème se pose donc pour tous les consommateurs. Mais les enfants représentent le groupe d'âge le plus exposé proportionnellement à leur poids corporel. Les catégories alimentaires qui contribuent le plus à l'explosion de l'acrylamide semblent être les produits frits à base de pommes de terre, le café, les biscuits,

les pains grillés ou frais. Celle-ci est également présente dans la fumée de tabac. Chacun d'entre nous ingère donc a priori ce type de substance nocive en proportion variable.

Dans quelle mesure les risques pour notre santé sont-ils préoccupants? Quelle attitude comptez-vous adopter suite aux conclusions de l'EFSA? Est-il envisageable de prendre des mesures pour limiter l'exposition des consommateurs à l'acrylamide dans les aliments? Des échanges ont-ils pu avoir lieu avec l'industrie agroalimentaire dans ce cadre? Semble-t-elle disposée à apporter les changements nécessaires pour améliorer la situation? Les produits industriels sont-ils contrôlés? Comment savoir si les produits que nous achetons contiennent ou non ce type de substance? Quels sont les produits potentiellement les plus dangereux?

14.05 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, nous avons évidemment pris connaissance de l'avis scientifique de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) sur le risque que représente l'acrylamide. Je puis vous rassurer au sujet des contrôles des valeurs indicatives pour l'acrylamide en Belgique. Ils ont bien lieu et sont du ressort de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA), dont mon collègue de l'Agriculture, M. Borsus, a la responsabilité.

Actuellement, mon administration discute avec la Commission européenne et les autres États membres des mesures à prendre à la suite de la publication de l'avis de l'EFSA. Dans ce contexte, la Belgique estime qu'il faut combiner plusieurs initiatives. D'abord, il convient d'établir une teneur maximale, de manière à signifier clairement que l'acrylamide constitue un problème majeur de santé publique. Ensuite, nous devons adopter des politiques favorisant les bonnes pratiques, par exemple sous la forme d'un code de bonnes pratiques, dans le but d'appliquer le principe de l'exposition ALARP (*As Low As Reasonably Practicable*).

Bien que les instances européennes n'aient pas encore fixé de teneur maximale, mon administration et l'AFSCA ont demandé en 2012 et 2013 aux fédérations des entreprises et aux organisations belges de défense des consommateurs de leur faire connaître les mesures prises pour réduire la teneur en acrylamide dans l'alimentation. En 2014, cette initiative a été prise à l'échelle européenne. Les dépassements mesurés par l'AFSCA ont également été communiqués aux fédérations belges.

In 2014 verscheen op de website van de administratie in de rubriek Tips adviezen om bij het bakken van frieten en gefrituurde voeding acrylamide te verminderen. De website wil met deze tips het publiek sensibiliseren. Verschillende Belgische federaties van producenten, *Test Aankoop* en een expert van de Hoge Gezondheidsraad hebben hieraan meegewerkt.

De tips focussen vooral op het frituren en het maken van frieten, want die dragen sterk bij tot de blootstelling van de Belgische consument, vooral wanneer de frieten thuis worden gebakken. Er is sterk verband tussen de kleur van de frieten en de mogelijke aanwezigheid van acrylamide. Daarover is eenvoudig te communiceren: de frieten mogen niet bruin gebakken zijn. Als ze bruin gebakken zijn, is het risico veel hoger dat er veel acrylamide tijdens het frituren is vrijgekomen door een te hoge temperatuur.

Belgapom, de beroepsvereniging voor de Belgische aardappelhandel en –verwerking vestigt de aandacht van haar leden op de bakinstructies die op de verpakking van de diepvriesfrieten staan. De controle hierop behoort tot de bevoegdheid van de minister van Landbouw.

De belangrijkste aanbeveling in het kader van acrylamide blijft toch een gezond en gevarieerd voedingspatroon, dus niet te vaak frituren. Sensibilisatie en informatie geven is hierin cruciaal. Zoals u weet behoort dit tot de bevoegdheid van de deelstaten.

De frieten worden gecontroleerd in groothandels, in grootkeukens, in alle frituren. Het gevaar ligt bij de mensen thuis want daar wordt er niet correct met frieten omgesprongen. Vooral bij diepvriesfrieten wil men te snel gaan.

De algemene regel is echter gemakkelijk: de frieten mogen niet bruin gebakken zijn.

La **présidente**: Des frites blondes!

14.06 Benoît Friart (MR): Madame la ministre, de votre réponse je retiens la collaboration avec l'AFSCA – qui est un élément très important – ainsi que vos conseils pour la bonne cuisson et la préparation adéquate de ce plat national, la frite!

La **présidente**: L'abstinence, c'est trop!

14.07 Veli Yüksel (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik meen dat er wat dit betreft verder moet worden samengewerkt op Europees niveau, zeker inzake het vastleggen van dwingende waarden. De administratie heeft daar al stappen voor gezet. Zoals u zei doet dit probleem zich vooral voor bij de mensen thuis. Ik meen dat we de bevolking verder moeten sensibiliseren en dat we dit moeten blijven volgen.

14.08 Leen Dierick (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreide antwoord. Ik heb eruit opgemaakt dat er al maatregelen genomen zijn. Daar kunnen we alleen tevreden over zijn. U stelt terecht dat het grote probleem rijst bij de mensen die thuis frieten bakken. Ik wil pleiten voor extra sensibiliseringscampagnes zodat we ze thuis niet te bruin bakken. Dat is immers nergens voor nodig.

14.09 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, vous êtes bien consciente qu'il s'agit d'un problème majeur de santé et cela me rassure.

14.10 Maggie De Block, ministre: Effectivement, en Belgique, on mange plus de frites que dans les pays voisins!

14.11 Philippe Blanchart (PS): Visiblement, un tas de mécanismes ont déjà été mis en place pour exercer des contrôles, via l'AFSCA notamment. Les organismes de protection des consommateurs se sont activés également. Mais si le contrôle s'exerce correctement, il est urgent de sensibiliser le consommateur afin qu'il adopte un comportement adéquat.

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

15 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opnameduur na een bevalling" (nr. 4913)

15 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la durée d'hospitalisation après un accouchement" (n° 4913)

15.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, in antwoord op eerdere vragen over dit onderwerp verwees u naar het project dat het verblijf in het ziekenhuis na een bevalling kan beperken. Ik wilde gewoon polsen wanneer het project precies van start zal gaan en hoe het zal verlopen.

Meer concreet heb ik nog volgende vragen. Denkt u eraan een verschillende ligduur te hanteren voor primipara's en multipara's? Multipara's hebben doorgaans immers een lagere begeleidingsbehoefte dan de primipara's.

Moeder en eventuele partner zouden een aantal competenties moeten verwerven in de omgang en verzorging van hun pasgeborene. Daarbij is niet de verblijfsduur in het ziekenhuis belangrijk, maar wel welke competenties zij wanneer aanleren. In dat kader zou het werkveld gebaat zijn met een checklist, zodat het team – er zijn heel wat mensen rond het bed van de pas bevallen vrouw en haar partner – kan aanduiden wanneer welke competenties zijn verworven en wanneer de vrouw volledig geïnformeerd naar huis kan gaan.

Ten slotte, bent u van plan om cijfers bij te houden over het aantal heropnames? Een aantal doemdenkers hebben in een reactie op die projecten immers hun bezorgdheid geuit en beweerd dat dergelijke heropnames vaker zouden voorkomen door het inkorten van de ligduur.

15.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, doemdenkers zijn van alle tijden. Ik zeg dat niet, omdat ik denk dat u een doemdenker bent, maar omdat bij een werkbezoek aan De Bakermat in Leuven, waarbij ook mevrouw Dedry aanwezig was, werd verwezen naar de voorspellingen van heel wat doemdenkers die destijds werden gedaan bij het lanceren van het werk van De Bakermat met thuiszorg en vroedvrouwen. Die doemdenkers zijn er nog steeds.

Momenteel zijn wij bezig met de uitwerking van de oproep, die in de komende weken zal worden gelanceerd inzake het kraamtraject moeder-kind. Het project heeft een drievoudige doelstelling: het verbeteren van de

ervaren kwaliteit van de zorg, het verbeteren van de gezondheid van moeder en kind en het efficiënter gebruik van de middelen dat moet resulteren in het aanbieden van zorg met dezelfde middelen maar van een betere kwaliteit.

Voor de pilootprojecten wordt een kader uitgewerkt om de kwaliteit van de zorg in de pilootprojecten te garanderen. Om een maximaal draagvlak voor de nieuwe organisatie van postnatale zorg te faciliteren, hebben wij ervoor geopteerd om de ervaring van het werkveld te benutten: het werkveld zal zelf projecten kunnen uitwerken op maat van de lokale beschikbare zorg, want de omstandigheden zijn niet overal gelijk.

Hiervoor zal inderdaad een aantal kwaliteitsindicatoren worden vooropgesteld. Het aantal heropnames van de kraamvrouw of de pasgeborene vormt zo een mogelijke kwaliteitsindicator.

Ondanks al het doemdenken, wil ik erop wijzen dat het verkorten van de ligduur niet significant gecorreleerd is met een verhoging van het aantal heropnames van de pasgeborene, noch met het aantal maternale complicaties. Daarvoor verwijs ik naar de wetenschappelijke literatuur, namelijk *Crochrane Review* van Brown en anderen uit 2009.

Projecten die continuïteit van zorg aanbieden door de postnatale zorg reeds te organiseren tijdens de zwangerschap, zoals onder andere aanbevolen door het kenniscentrum, genieten onze voorkeur. Men moet natuurlijk niet beginnen met het geven van allerlei raadgevingen op de dag van het verlaten van het ziekenhuis. De zwangerschap bij de mens duurt negen maanden: dat is lang genoeg om hier op voorhand aandacht aan te schenken.

Van de indieners wordt verwacht dat ze ook voorstellen formuleren betreffende de kwalificaties die noodzakelijk zijn voor een dergelijk zorgpad, de nodige ondersteuning, die moet worden aangeboden aan de toekomstige moeder en eventuele partner, en de criteria die determineren op welk tijdstip de moeder naar huis terug kan keren. Natuurlijk blijft, zoals vroeger, een aangepast zorgtraject voor primipara en multipara een mogelijke optie. Dat was vroeger ook zo: bij het eerste kind moest de moeder een dag langer blijven dan bij de volgende kinderen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de farmaceutische sector" (nr. 4987)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de publieke financiering van klinisch onderzoek" (nr. 4996)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de investeringen in klinische studies" (nr. 5222)

16 **Questions jointes de**

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le secteur pharmaceutique" (n° 4987)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'investissement public dans la recherche clinique" (n° 4996)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des études cliniques" (n° 5222)

La **présidente**: Chers collègues, étant donné que vos questions écrites sont assez longues, je vous demanderais de bien vouloir les résumer.

16.01 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, comme les questions posées étaient très détaillées et que nous avons voulu y répondre de façon complète, ma réponse compte six pages.

Il me sera difficile de la résumer.

La **présidente**: Chers collègues, pourrions-nous envisager de transformer ces questions jointes en questions écrites, de manière à ce que vous obteniez la réponse complète de six pages? (*Non*)

Je vous suggère alors de résumer vos questions et Mme la ministre vous donnera la réponse qu'elle a

préparée. Ensuite, nous arrêterons nos travaux pour aujourd'hui.

16.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, het KCE beveelt aan om voldoende – miljoenen euro – te investeren in klinische studies. De overheid moet daarin een belangrijke rol spelen. Wat vindt u daarvan? Wat er daarover via uw woordvoerder in de pers is verschenen, was nogal summier. Hoe gaat u om met de aanbevelingen van het KCE?

Mijn tweede punt betreft het pact met de farmaceutische sector dat u al aangekondigd hebt in de commissie en verschillende eerdere bijeenkomsten. U bent daarmee bezig. Hoe ver staat u daarmee?

Mijn derde punt betreft de verslagen van de commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen. Men klaagt er namelijk over dat die verslagen niet altijd te krijgen zijn.

Het belangrijkste, ten slotte, is een analyse van het Rekenhof in 2014. Het Rekenhof deed toen 25 concrete aanbevelingen. Als ik minister zou zijn, dan zou ik daar echt iets mee doen.

16.03 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, j'en viens directement à mes questions.

Madame la ministre, je ne doute pas un seul instant que vous avez pris connaissance du rapport du KCE. Ce faisant, êtes-vous favorable à un financement public d'essais cliniques tel que le préconise le KCE pour notre pays? Dans l'affirmative, quel budget envisageriez-vous d'y allouer?

Dans son rapport, le KCE souligne notamment l'importance de la sélection des questions prioritaires à investiguer. Si un tel financement était à l'ordre du jour, quelles seraient les problématiques de santé publique qui devraient, selon vous, être traitées en priorité?

Enfin, parmi les recommandations émises pour la mise en place de tels financements, le rapport préconise la mise sur pied d'une infrastructure professionnelle, l'appel à des experts organisés en réseau ainsi que l'adhésion de la Belgique à certaines organisations internationales, telles que ECRIN, qui soutiennent et accompagnent des essais transnationaux européens, ce qui permettrait de mener ces études à l'échelle internationale. Quelle est votre position sur ces différents points?

16.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik verwijst naar artikels uit *De Standaard* waarin een interessant voorbeeld werd aangehaald van een klinische studie in Amerika. Daarin werden verschillende bloeddrukverlagers vergeleken en heeft men achterhaald dat een bepaalde klasse goedkope middelen beter werkt dan nieuwere, duurdere pillen. De onderzoeken werden uiteraard niet door de farmaceutische bedrijven zelf opgezet, maar door de overheid. Het KCE vraagt dan ook aan de overheid om klinische studies te financieren.

Mijn vragen zijn dan ook de volgende, mevrouw de minister.

Hebt u plannen om te investeren in dit soort onafhankelijke studies? Welk budget wilt u hiervoor eventueel jaarlijks uittrekken? Hebt u al een startdatum in gedachten?

Zijn er bepaalde soorten medicatie waarop de nadruk zou worden gelegd?

Hebt u een kosten-batenanalyse gemaakt van hoeveel de overheid zou kunnen besparen dankzij zulke gerichte klinische studies?

16.05 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, mijnheer Senesael, mevrouw Van Camp, in antwoord op uw vragen betreffende de publieke financiering van klinische studies en het recent gepubliceerde KCE-rapport, kan ik u volgende informatie verschaffen.

U weet dat de aanbevelingen van het Kenniscentrum steeds ter harte worden genomen in het beleid.

Met betrekking tot de mate van financiering en de middelen waardoor deze financiering mogelijk zal worden gemaakt, kan ik vandaag geen precieze informatie geven. Dit zit immers in de initiatiefase. Er wordt onderzoek gedaan naar hoe we gevolg kunnen geven aan de aanbevelingen van het Kenniscentrum.

Ten gevolge van de resultaten van een klinische studie die werd gefinancierd met publieke middelen, zou

men kunnen overwegen om een terugbetalingsprocedure in het kader van *unmet medical need* op te starten. Dat wil zeggen dat voor bepaalde innovatieve geneesmiddelen een tegemoetkoming kan worden toegekend, zelfs indien ze niet geregistreerd zijn. Dat is mogelijk wanneer ze worden gebruikt bij de behandeling van een ernstige of dodelijke aandoening waarvoor geen therapeutisch alternatief bestaat. Deze nieuwe procedure kreeg de naam *unmet medical need* of onbeantwoorde medische nood en laat toe om sneller toegang te verkrijgen tot innovatieve geneesmiddelen.

Wat de transparantie in de farmaceutische sector betreft, kan ik u melden dat er gesprekken lopen over een pact met de farmaceutische sector. In de volgende weken zal daar duidelijkheid over komen.

Wat de aanvragen bij het secretariaat van de CTG betreft om administratieve documenten ter beschikking te stellen met het oog op de openbaarheid van bestuur, kan ik u zeggen dat alle rapporten en voorstellen van de CTG steeds ter beschikking blijven, ongeacht de specialiteit waarmee zij verband houden.

Wat het rapport van het Rekenhof betreft inzake de terugbetaling van geneesmiddelen en de performantie van het overheidsbeheer, is het noodzakelijk het Belgische beleid inzake de vergoeding van farmaceutische specialiteiten in de Europese context te zien. Er is immers de Europese Transparantierichtlijn 89/105, die naast ziekte-termijnen ook het hanteren van objectieve en verifieerbare criteria oplegt voor de besluitvorming.

Vertaald in nationale regelgeving betekent dat dit hiermee rekening gehouden wordt bij elke beslissing over het wel of niet vergoeden van een nieuwe farmaceutische therapie. Dit wil zeggen: over een nieuw geneesmiddel of over een geneesmiddel waarvoor een nieuwe of gewijzigde indicatie wordt verondersteld.

De therapeutische waarde en de plaats in de praktijk van de producten worden geëvalueerd, gewogen en gemotiveerd. Dit gebeurt op basis van een aantal parameters als de *relative effectiveness*, de kostenefficiëntie en de farmaco-economische elementen. Dit moet telkens gebeuren in de context van de basisdoelen van de ziekteverzekering, namelijk de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid voor de patiënt en de duurzaamheid.

De plus, les décisions précédentes sont revues au moyen de révisions régulières individuelles et de groupes. Différents rapports évaluent et contrôlent également les dépenses, la qualité des décisions et l'efficacité du système à proprement parler. Permettez-moi de faire référence à cet égard au rapport MORSE et de performance de l'INAMI et au travail du KCE.

Par ailleurs, j'aimerais attirer votre attention sur le fait qu'en décembre 2014, une nouvelle procédure a été lancée en ce qui concerne les besoins médicaux non satisfaits. Le but de cette procédure est double: mettre le plus rapidement possible à la disposition des patients des spécialités pharmaceutiques à caractère innovant pour les maladies graves ou mortelles lorsqu'il n'existe pas de traitement alternatif, d'une part, et prévoir une prise en charge par l'assurance maladie, d'autre part. Cela doit être fait avant l'enregistrement, au niveau européen, pour une spécialité qui n'est pas encore approuvée et, dans le cadre d'une spécialité déjà approuvée, avant la reconnaissance d'une nouvelle indication pour laquelle il existe un besoin médical qui n'est pas satisfait. Cette procédure se base sur les priorités et les besoins tels que définis clairement et préalablement à la collaboration entre toutes les parties concernées. Il s'agit d'une avancée importante vers une politique ciblée sur les besoins de la part des autorités.

Je souscris à la recommandation selon laquelle l'information dont dispose l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) devrait être communiquée systématiquement à l'INAMI, notamment à la Commission de remboursement des médicaments (CRM). C'est un complément cohérent avec la demande des États membres de l'Union européenne de pouvoir disposer de toute l'information de l'Agence européenne des médicaments.

Permettez-moi néanmoins d'attirer aussi votre attention sur différents projets dans lesquels il existe déjà une coordination et une collaboration intensive entre l'INAMI et l'AFMPS. On peut citer comme exemple la présence d'une collaboratrice de l'AFMPS à la CRM ainsi que la collaboration intensive entre l'AFMPS et l'INAMI dans le cadre de la procédure instituée en décembre 2014 concernant les besoins médicaux non satisfaits.

In geval van afwezigheid van een positief voorstel via stemming uitgedrukt en gekwalificeerd, beveelt het Rekenhof aan het voorstel van de commissie als negatief te beschouwen. Ik meen niet dat een dergelijke interpretatie de leden zou aansporen om actief deel te nemen aan de stemming of met andere woorden dat

ze zich duidelijk voor of tegen een voorstel zouden uitdrukken. Onthoudingen van strategische aard zouden nog steeds mogelijk zijn teneinde negatieve voorstellen uit te lokken.

Wat betreft de aanbeveling van het Rekenhof inzake de geheime stemming in de CTG kan ik u meedelen dat de vergaderzalen van het RIZIV van een elektronisch systeem voor geheime stemming zullen kunnen worden voorzien.

Wat betreft het beheer van de belangenconflicten, is het Rekenhof van oordeel dat een betere tegemoetkoming aan deze zorg kan worden voorzien. In het kader van de discussies rond het toekomstpact met de farmaceutische industrie onderzoeken we ter zake een aantal mogelijke denksporen. De aanbeveling om deskundigen die lid zijn van de CTG en deelgenomen hebben aan klinische studies uit te sluiten van de discussies zou de commissie echter waardevolle en pertinente informatie kunnen ontnemen.

Inzake een internationale databank met de prijzen van de geneesmiddelen steunt het RIZIV ten eerste de ontwikkelingen van de databanken PPRI en Euripid. Dit zijn databanken die de profielen van de landen en de prijzen van de geneesmiddelen in die landen weergeven. Het RIZIV maakt daarvan reeds uitvoerig gebruik. Het RIZIV kan echter geen toegang verlenen tot die informatiebronnen, zoals gevraagd door het Rekenhof, aangezien het RIZIV er niet de eigenaar van is.

Het rapport vermeldt dat de FOD Economische Zaken en het RIZIV geen enkele informatie inwinnen omtrent de in het buitenland toegepaste prijzen voor de geneesmiddelen die reeds vijf jaar of langer dan twaalf jaar opgenomen zijn in de terugbetaling. Dat is echter niet correct. Voor individuele dossiers wordt die informatie wel degelijk opgevraagd.

Het Rekenhof beveelt aan om regelmatig de terugbetalingsmodaliteiten van de geneesmiddelen opgenomen in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, te herzien. Ik kan daar principieel mee akkoord gaan. Dit jaar hebben reeds een aantal individuele en groepsgewijze herzieningen plaatsgevonden en er is er ook nog een aantal gepland.

Het Rekenhof vermeldt dat het college dat een oordeel zou moeten vellen over de pertinentie van de terugbetalingsmodaliteiten van de anti-TNF-geneesmiddelen nooit opgesteld wordt en dat de gegevensdatabank niet gebruikt wordt.

Wij willen er u op wijzen dat intussen de geïnformatiseerde tool TARDIS (Tool for Administrative Reimbursement Drug Information Sharing) ter beschikking wordt gesteld. Reumatologen zijn verplicht deze applicatie te gebruiken voor de terugbetalingsaanvragen van biologische geneesmiddelen geïndiceerd voor de behandeling van reumatoïde artritis. Dankzij het verplichte gebruik van de tool worden de gegevens met betrekking tot de toegediende dosering naar gelang het profiel van de patiënt en bij stopzetting van de behandeling de reden waarom de behandeling wordt stopgezet, nu al geregistreerd.

Wat de billijkheid van de terugbetaling betreft, beveelt het Rekenhof de instelling aan van een vergoedingscategorie voor de niet-terugbetaalde geneesmiddelen, die in de maximumfactuur zouden moeten worden opgenomen. Het RIZIV wenst hieromtrent de aandacht te vestigen op een lopend onderzoek uitgevoerd door het Centrum voor Chronische Ziekten teneinde de geschiktheid na te gaan om de niet-terugbetaalde maar wel geregistreerde geneesmiddelen (categorie D) op te nemen in de maximumfactuur. Daar zijn wij mee bezig.

De rest betreft *over the counter*-producten. Daarbij is er geen registratie van de patiënt.

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

16.07 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse très complète que je vais analyser à tête reposée.

16.08 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

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

La **présidente**: Chers collègues, la question n° 4995 de M. André Frédéric est retirée. Les questions n° 4997 de M. Raf Terwingen, n° 5009 de M. Éric Massin et n° 5010 de Mme Nathalie Muylle sont transformées en questions écrites. Les questions jointes n^{os} 5072 et 5289 de M. Alain Mathot et moi-même sont transformées en questions écrites de même que les questions n° 5159 de Mme Inez De Coninck, n° 5190 de M. Jan Vercammen, n° 5343 de Mme Maya Detiège et n° 5375 de M. Jan Vercammen sont transformées en questions écrites. Restent encore environ 35 questions pour mardi prochain dans l'après-midi. Il ne sert à rien d'en rajouter beaucoup d'autres car le temps nous manque. Nous en ferons un maximum.

La réunion publique de commission est levée à 12.37 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.37 uur.