

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2012-2013

23 OCTOBRE 2012

Proposition de loi modifiant la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, en vue d'instaurer une obligation d'échange d'informations structuré préalablement à chaque traitement de l'infertilité

(Déposée par Mme Elke Sleurs et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

La Belgique joue un rôle de pionnier au niveau international dans le domaine des traitements de l'infertilité. La technique de l'ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïdes), aujourd'hui répandue dans le monde entier, a été initialement mise au point à l'*Universitair Ziekenhuis Brussel*. En outre, les patients bénéficient aujourd'hui d'un accès aisé à la fertilité.

L'objectif des auteurs de la présente proposition de loi est d'instaurer une vérification centralisée systématique préalablement à chaque traitement de l'infertilité, en vue d'une utilisation optimale des maigres moyens disponibles dans le domaine des soins de santé.

Au cours des dernières années, on a constaté une augmentation considérable du nombre de traitements de l'infertilité en Belgique. Le nombre de cycles de traitement par FIV/ICSI a doublé entre 2004 et 2008, passant de 14 652 à 29 541 durant cette période. Le nombre des naissances y associées a suivi la même évolution, passant de 2 443 à 4 942 (1). On a en outre enregistré une augmentation inexplicée de 20 % du nombre des traitements chez les moins de trente-cinq ans (2). En Belgique, deux mille patients par million

(1) Voir le rapport annuel du Belrap, consulté sur le site <http://www.belrap.be/Public/Reports.aspx>. Voir également la question écrite n° 5-1634 de Mme Elke Sleurs à la ministre Onkelinx, « Programmes de soins de médecine reproductive — Efficacité ».

(2) Conseil national des établissements hospitaliers, *Avis relatif aux programmes de soins médecine de la reproduction*, 12 mai 2011, p. 5.

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2012-2013

23 OKTOBER 2012

Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten, met het oog op de invoering van een verplichte gestructureerde informatie-uitwisseling voorafgaand aan elke vruchtbaarheidsbehandeling

(Ingediend door mevrouw Elke Sleurs c.s.)

TOELICHTING

België bekleedt een internationale voortrekkersrol inzake fertiliteitsbehandelingen. De nu wereldwijd verspreide ICSI-techniek werd oorspronkelijk ontwikkeld in het Universitair Ziekenhuis Brussel. Bovendien is de toegang voor patiënten tot fertiliteit laagdrempelig.

Met dit wetsvoorstel beogen de indieners een centrale systematische toetsing te introduceren, voorafgaand aan elke vruchtbaarheidsbehandeling, ten einde de schaarse middelen in de gezondheidszorg optimaal te besteden.

In de afgelopen jaren valt een sterke stijging van het aantal fertiliteitsbehandelingen in België op. Het aantal IVF/ICSI behandelingscycli verdubbelde van 14 652 in 2004 naar 29 541 in 2008. Zo ook het aantal geboortes hieraan gekoppeld: van 2 443 naar 4 942 (1). Bovendien is er een onverklaarbare stijging met 20 % van de behandelingen bij min vijftientigjarigen (2). In België ondergaan gemiddeld tweeduizend patiënten per miljoen inwoners een vruchtbaarheidsbehandeling, tegenover een Europees

(1) Zie de jaarlijkse rapportage door Belrap, geconsulteerd op <http://www.belrap.be/Public/Reports.aspx>. Zie ook, schriftelijke vraag 5-1634 van Senator Elke Sleurs aan minister Onkelinx, « De efficiëntie van de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde ».

(2) Nationale Raad voor ziekenhuisverzekeringen, *Advies zorgprogramma reproductieve geneeskunde*, 12 mei 2011, blz. 5.

d'habitants subissent un traitement de l'infertilité, alors que la moyenne européenne est de mille cinq cents patients par million d'habitants (1). Le *Studiecentrum voor Epidemiologie* a calculé qu'à ce jour, 5,8% des enfants en Flandre sont nés à la suite d'un traitement de l'infertilité (2).

Les dépenses dans ce secteur ont ainsi considérablement augmenté au cours des dernières années. Le montant des remboursements de frais de laboratoire est passé de 10 117 730,69 euros en 2003 à 18 872 540,71 euros en 2009 (3), et le coût des prestations liées à l'infertilité est passé de 3 979 846,82 euros en 2006 à 10 031 559,65 euros en 2010 (4). On ne dispose actuellement d'aucun chiffre exhaustif concernant le coût de l'infertilité. Mais en considérant que le coût réel pour la société par FIV remboursée est de 4 000 euros, on obtient un montant global de 99 844 000 euros pour l'année 2008 (5).

Comment expliquer cette forte hausse? D'une part, les cas dans lesquels ces types de traitement sont indiqués sont nombreux et l'offre en la matière est étendue. Tant que la patiente n'a pas atteint l'âge maximum légal de quarante-sept ans, rien n'empêche d'implanter des embryons. Dans le cas d'un traitement de l'infertilité avec des gamètes, l'âge maximum est de quarante-cinq ans (6).

Il existe de très nombreux centres auxquels les patients potentiels peuvent s'adresser. Alors que la programmation légale prévoit un centre pour 700 000 habitants, on en compte en réalité deux fois plus (7). Il s'agit en l'occurrence de treize centres A et de dix-huit centres B (8). Les programmes de soins de type B traitent l'infertilité avec l'aide de laboratoires, contrai-

(1) « Assisted Reproductive Technology and Intrauterine Inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE », in *Human Reproduction*, Volume 24, 2008.

(2) VZW *Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie*, (red. H. Cammu, G. Martens, E. Martens, C. Van Mol, P. Defoort, *Perinatale activiteit in Vlaanderen 2011*).

(3) Question écrite n° 5-1634 de la sénatrice Elke Sleurs à la ministre Onkelinx, « Programmes de soins de médecine reproductive — Efficacité ».

(4) Voir l'audit permanent de la Commission nationale médico-mutualiste, juin 2011. En l'espèce, les chiffres proviennent de l'INAMI.

(5) L'estimation de 4 000 euros par cycle de traitement FIV/ICSI a été faite par le professeur Petra de Sutter, voir IST, *Fertilitéitsbehandelingen: de realiteit voorbij de technologie*, p. 44. Voir également le *Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy*, 16 septembre 2010.

(6) Voir les articles 3 et 4 de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, *Moniteur belge* du 17 juillet 2007.

(7) Conseil national des établissements hospitaliers, *Avis relatif aux programmes de soins médecine de la reproduction*, Bruxelles, 12 mai 2011.

(8) Conseil national des établissements hospitaliers, *Avis relatif aux programmes de soins médecine de la reproduction*, Bruxelles, 12 mai 2011.

gemiddelde van duizendvijfhonderd per miljoen inwoners (1). Het Studiecentrum voor Epidemiologie berekende dat momenteel 5,8% van alle kinderen in Vlaanderen wordt geboren na een vruchtbaarheidsbehandeling (2).

Op deze manier stegen de uitgaven in de sector in de afgelopen jaren aanzienlijk. De vergoeding voor laboratoriumkosten steeg van 10 117 730,69 euro in 2003 tot 18 872 540,71 euro in 2009 (3). De kost van fertiliteitsgerelateerde verstrekkingen van 3 979 846,82 euro in 2006 tot 10 031 559,65 euro in 2010 (4). Exhaustieve cijfers over de kost van fertiliteit zijn op heden niet voorhanden. Echter, ervan uitgaande dat de reële maatschappelijke kost per terugbetaalde IVF behandeling 4 000 euro bedraagt, bekomt men een bedrag van 99 844 000 euro voor het jaar 2008 (5).

Hoe kan deze sterke groei worden verklaard? Aan de ene kant is de indicatiestelling en het aanbod ruim. Voor zover de patiënte de wettelijke maximumleeftijd van zevenenveertig jaar nog niet heeft bereikt, is er geen beletsel om embryo's in te planten. Indien het een vruchtbaarheidsbehandeling met gameten betreft, is de maximumleeftijd vijfenveertig jaar (6).

Er zijn heel wat centra waar potentiële patiënten terecht kunnen. Terwijl de wettelijke programmatie in één centrum per 700 000 inwoners voorziet, bestaan er in de praktijk dubbel zoveel (7). *In casu* gaat het om dertien A- en achttien B-centra (8). Zorgprogramma's type B behandelen onvruchtbaarheid, met behulp van laboratoria, zorgprogramma's type A maken geen

(1) « Assisted Reproductive Technology and Intrauterine Inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE », in *Human Reproduction*, Volume 24, 2008.

(2) VZW Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie, (red. H. Cammu, G. Martens, E. Martens, C. Van Mol, P. Defoort, *Perinatale activiteit in Vlaanderen 2011*).

(3) Schriftelijke vraag 5-1634 van Senator Elke Sleurs aan minister Laurette Onkelinx betreffende « De efficiëntie van zorgprogramma's ».

(4) Zie *Permanente Audit Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen*, juni 2011. *In casu* zijn de cijfers afkomstig van het RIZIV.

(5) De schatting van 4 000 euro per IVF/ICSI behandelingscyclus werd gemaakt door Prof. Dr. Petra de Sutter, zie IST, *Fertilitéitsbehandelingen: de realiteit voorbij de technologie*, blz. 44. Zie ook *Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy*, 16 september 2010.

(6) Zie artikel 3 en 4 van de wet betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten van 6 juli 2007, *Belgisch Staatsblad* van 17 juli 2007.

(7) Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, *Advies zorgprogramma's reproductieve geneeskunde*, Brussel, 12 mei 2011.

(8) Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, *Advies zorgprogramma's reproductieve geneeskunde*, Brussel, 12 mei 2011.

rement aux programmes de soins de type A qui, eux, ne recourent pas à des laboratoires. En outre, certains traitements sont effectués en dehors de ces programmes de soins, notamment en cas d'insémination intra-utérine, de monitoring d'ovulation ou d'induction d'ovulation par le citrate de clomifène ou par gonadotrophines (1).

D'autre part, les frais médicaux sont de plus en plus souvent remboursés. Depuis 2003, six traitements de l'infertilité par FIV/ICSI peuvent être remboursés (2); la capacitation de spermatozoïdes est, depuis 2008, elle aussi remboursée. Depuis 2009, une intervention forfaitaire majorée est prévue pour certaines spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'une fécondation *in vitro*: tel est le cas pour la receveuse d'ovocyte, la stimulation du développement folliculaire et l'insémination intra-utérine (3). Une première tentative de limitation des dépenses par différentes mesures a été entreprise récemment au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. L'âge maximum auquel les femmes peuvent bénéficier du remboursement des frais de fécondation *in vitro* (FIV) a été ramené à quarante-et-un ans, alors que l'âge limite était de quarante-trois ans jusqu'à présent.

La même limitation est prévue pour l'insémination artificielle, où l'âge limite, pour la femme, est actuellement de quarante-deux ans. En outre, six tentatives d'insémination au maximum seront remboursées, tout comme c'est le cas pour la fécondation *in vitro* (4).

En ce qui concerne les traitements par FIV/ICSI, les patients ont droit à une intervention de la sécurité sociale dans 84 % des cas (5).

Le milieu scientifique est demandeur d'une plus grande transparence dans les traitements de l'infertilité, pour pouvoir mieux évaluer l'efficacité réelle des traitements et les effets secondaires psychiques. En effet, seul un cycle FIV/ICSI sur cinq aboutit à une

gebruik van laboratoria. Daarnaast vinden sommige behandelingen plaats buiten deze zorgprogramma's om, onder andere indien het gaat om intra-uteriene inseminatie, ovulatiemonitoring en ovulatie-inductie met clomifeencitraat of gonadotrofinen (1).

Aan de andere kant worden medische kosten steeds vaker vergoed. Sinds 2003 wordt voorzien in de terugbetaling van zes IVF/ICSI vruchtbaarheidsbehandelingen (2). Sinds 2008 wordt ook spermacapaciteit terugbetaald. Sinds 2009 bestaat er een verhoogde tegemoetkoming voor farmaceutische specialiteiten bij een IVF-behandeling onder de vorm van forfaits: voor de eicel acceptor, follikelgroeistimulatie en intra-uteriene inseminatie (3). Recent werd in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen een eerste poging ondernomen de uitgaven te beperken door verschillende maatregelen. De maximumleeftijd waarop vrouwen terugbetaling van in-vitrofertilisatie (IVF) kunnen krijgen, wordt verlaagd naar eenenveertig jaar. Tot nu was dat drieënveertig jaar.

Dezelfde beperking wordt ingevoerd voor kunstmatige inseminatie, waar de leeftijdsgrens voor de vrouw nu op tweeënveertig jaar ligt. Bovendien zullen maximaal zes inseminatiepogingen terugbetaald worden, net als bij IVF (4).

Wat betreft IVF/ICSI behandelingen, hebben de patiënten in 84 % van de gevallen recht op tussenkomst van de sociale zekerheid (5).

Vanuit wetenschappelijke hoek is er vraag naar een grotere transparantie bij fertiliteitsbehandelingen om de reële efficiëntie van de behandelingen en de bijkomende psychische effecten beter te kunnen inschatten. Immers slechts één op de vijf IVF/ICSI

(1) L'insémination intra-utérine ne peut être réalisée en dehors d'un programme de soins de médecine reproductive que dans la mesure où il a été procédé à une capacitation des gamètes mâles. L'induction de l'ovulation par gonadotrophines n'est possible que moyennant une convention avec un centre A ou B et si l'on dispose de sa propre officine hospitalière. Conseil national des établissements hospitaliers, *Avis relatif aux programmes de soins médecine de de la reproduction*, Bruxelles, 12 mai 2011.

(2) Voir l'article 11 de l'arrêté royal du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, *Moniteur belge* du 16 juin 2003.

(3) Voir INAMI, « 3^e partie. Évolution de la législation relative à l'assurance soins de santé et indemnités », p. 38 consultée sur le site <http://www.riziv.be/presentation/nl/publications/annual-report/2008/pdf/ar2008p3.pdf>. Voir également <http://www.riziv.be/drug/fr/drugs/reglementation/fertility/modif.htm>.

(4) <http://mediquality/net> 09/07/2012.

(5) Voir le rapport annuel du Belrap, consulté sur le site <http://www.belrap.be/Public/Reports.aspx>.

(1) Intra-uteriene inseminatie mag slechts buiten een zorgprogramma reproductieve geneeskunde worden uitgevoerd, in die mate dat men capacitation van mannelijke gameten uitvoerde. Ovulatie-inductie met gonadotrofinen kan slechts indien er een overeenkomst werd gesloten met een A- of B- centrum, en indien men over een eigen ziekenhuisapotheek beschikt. Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, *Advies zorgprogramma's reproductieve geneeskunde*, Brussel, 12 mei 2011.

(2) Zie artikel 11 van het Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen van 4 juni 2003. *Belgisch Staatsblad* van 16 juni 2003.

(3) Zie RIZIV, « 3^e deel. Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen », p. 38 geconsulteerd op <http://www.riziv.be/presentation/nl/publications/annual-report/2008/pdf/ar2008p3.pdf>. Zie ook <http://www.riziv.be/drug/nl/drugs/reglementation/fertility/modif.htm>.

(4) <http://mediquality/net> 09/07/2012.

(5) Zie de jaarlijkse rapportage door Belrap, geconsulteerd op <http://www.belrap.be/Public/Reports.aspx>.

grossesse. En outre, l'*Instituut voor samenleving en technologie* (IST) a démontré qu'il faut en moyenne deux ans de traitement de l'infertilité pour aboutir à une naissance. Par ailleurs, étant donné la forte pression psychologique induite par un traitement de l'infertilité et vu les conséquences physiologiques de la cure hormonale, il est déconseillé de suivre plus de trois cycles de fécondation par an. Des études révèlent que plus de la moitié des femmes qui suivent un traitement de l'infertilité présentent une dépression modérée.

L'IST craint que l'on recoure trop rapidement à la FIV/ICSI dans ce pays (1).

Le Collège de médecins « Médecine de la reproduction » — l'organe responsable de l'organisation de l'évaluation externe de la médecine reproductive — a également proposé en mai 2011 de durcir l'évaluation des critères de traitement. Ce faisant, il reconnaissait implicitement l'existence d'un risque de surconsommation dans le domaine de la médecine reproductive. Ce constat a donné lieu à un avis du Conseil national des établissements hospitaliers visant à prévoir la réalisation d'une évaluation systématique des critères de traitement en médecine de la reproduction par centre en vue d'améliorer la définition des indications et d'utiliser les moyens de manière responsable et efficace et de procéder à « un enregistrement complet de tous les traitements en médecine de la reproduction, qu'ils soient effectués dans un centre agréé pour la médecine de la reproduction A ou B ou dans un « centre intermédiaire » avec une offre de soins de base en médecine de la reproduction » (2).

Les auteurs de la présente proposition de loi entendent instaurer une obligation de transmission d'informations préalablement à chaque traitement de l'infertilité, indépendamment du lieu ou des modalités d'administration du traitement.

Par ce biais, ils espèrent lutter de manière structurée contre le « shopping » dans les différents centres de fertilité. Il n'est pas rare aujourd'hui que des patients parviennent à obtenir le remboursement de plus de six cycles de fécondation.

(1) Voir IST, *Fertiliteitsbehandelingen : de realiteit voorbij de technologie*.

(2) Les autres recommandations étaient : « prévoir de réaliser une évaluation systématique des critères de traitement en médecine de la reproduction par centre par le Collège de médecins « Médecine de la reproduction »; prévoir dans les critères de programmation et d'agrément des programmes de soins « médecine de la reproduction » la définition des soins de base en médecine de la reproduction avec entre autres l'induction d'ovulation et le traitement IUI, ainsi que les modalités d'une collaboration obligatoire avec un programme de soins agréé A ou B. Source : voir Conseil national des établissements hospitaliers, *Avis relatif aux programmes de soins médecine de la reproduction*, 12 mai 2011, p. 5.

cycli leidt tot een zwangerschap. Bovendien toonde het Instituut voor samenleving en technologie (IST) ook aan dat een behandeling gemiddeld twee jaar duurt voordat een vruchtbaarheidsbehandeling tot een geboorte leidt. Anderzijds wordt het volgen van méér dan drie vruchtbaarheidscycli per jaar afgeraden omwille van de zware psychologische druk die een fertiliteitsbehandeling teweegbrengt en de fysiologische gevolgen van de hormonenkuur. Uit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de vrouwen, die een vruchtbaarheidsbehandeling ondergaat, een matige depressie vertoont.

Het IST vreest dat men in dit land te snel naar IVF/ICSI grijpt (1).

Het College Geneesheren Reproductieve Geneeskunde — het orgaan dat verantwoordelijk is voor de organisatie van de externe evaluatie van de reproductieve geneeskunde — stelde in mei 2011 ook voor om de toetsing van de criteria tot behandeling te verhogen. Hiermee erkende het College dus impliciet het gevaar tot overconsumptie in de reproductieve geneeskunde. Deze vaststelling leidde tot een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen om te voorzien in de uitvoering van een systematische toetsing van de criteria tot behandeling reproductieve geneeskunde per centrum met het oog op een verbeterde indicatiestelling, een verantwoord en doelmatig gebruik van de middelen en om over te gaan tot « de volledige registratie van alle behandelingen reproductieve geneeskunde, ongeacht of deze in een erkend centrum reproductieve geneeskunde A of B of in een « intermediair » centrum met aanbod van basiszorg reproductieve geneeskunde worden uitgevoerd (2).

Met dit wetsvoorstel hopen de indieners een verplichte informatie overdracht voorafgaand aan elke vruchtbaarheidsbehandeling in te voeren, ongeacht de plaats of de manier waarop de vruchtbaarheidsbehandeling werd uitgevoerd.

Via deze weg hopen ze op een gestructureerde wijze het « shoppen » tussen fertiliteitscentra onderling tegengegaan. Niet weinig patiënten slagen er op heden in om de terugbetaling van méér dan zes vruchtbaarheidscycli te verkrijgen.

(1) Zie IST, *Fertiliteitsbehandelingen : de realiteit voorbij de technologie*.

(2) De overige aanbevelingen waren : « het voorzien van de uitvoering van een systematische toetsing van de criteria tot behandeling reproductieve geneeskunde per centrum door het College geneesheren Reproductieve Geneeskunde; voorzien in de programmatie- en erkenningsvoorwaarden van de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde van de omschrijving basiszorg reproductieve geneeskunde met onder meer ovulatie-inductie en IUI-behandeling en de modaliteiten van een verplichte samenwerking met een erkend zorgprogramma A of B. Bron : zie Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, *Advies zorgprogramma reproductieve geneeskunde*, 12 mei 2011, blz. 5.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 3

Cet article prévoit une obligation d'enregistrement préalable des traitements de l'infertilité subis dans le passé par un patient. Le traitement doit être signalé à l'autorité centrale à l'issue de chaque cycle de traitement. L'obligation d'enregistrement et de signalement ne s'applique plus uniquement aux centres A et B mais vaut pour tous les établissements qui réalisent des traitements de l'infertilité.

Article 4

Cet article prévoit que le traitement de l'infertilité ne peut pas commencer tant que les données relatives aux traitements de ce type suivis dans le passé n'ont pas été communiquées au centre de fécondation par l'autorité centrale fédérale.

*
* *

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 3

Dit artikel voorziet in een verplichte voorafgaandelijk inwinning van de in het verleden ondergane fertiliteitsbehandelingen van een patiënt. Na elke behandelingscyclus moet de behandeling worden gemeld aan de centrale autoriteit. De inwinnings- en meldingsplicht geldt niet langer enkel voor A- en B-centra, maar voor alle instellingen die fertiliteitsbehandelingen uitvoeren.

Artikel 4

Dit artikel bepaalt dat de vruchtbaarheidsbehandeling niet van start kan gaan, zolang de federale centrale autoriteit de gegevens over de in het verleden ondergane vruchtbaarheidsbehandelingen niet heeft meegedeeld aan het fertiliteitscentrum.

Elke SLEURS.
Louis IDE.
Inge FAES.

*
* *

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

Le titre III, chapitre II de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes est complété par une section 4 intitulée « Section 4. Enregistrement des traitements ».

Art. 3

Dans la section 4, ajoutée par l'article 2, il est inséré un article 8/1 rédigé comme suit :

« Art. 8/1. Tous les traitements de procréation médicalement assistée sont enregistrés auprès de l'autorité centrale fédérale par les centres de fécondation qui les effectuent. Les centres doivent également communiquer le nom du patient à l'autorité centrale fédérale. »

Art. 4

Dans la même section 4, il est inséré un article 8/2 rédigé comme suit :

« Art. 8/2. Une demande de traitement de procréation médicalement assistée n'est recevable qu'à partir du moment où le centre de fécondation a reçu communication, par l'autorité centrale fédérale, des données concernant les cycles de procréation médicalement assistée suivis dans le passé. »

20 septembre 2012.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

Titel III, Hoofdstuk II, van de wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten, wordt aangevuld met een Afdeling 4, luidende : « Afdeling 4. Registratie van de behandelingen »

Art. 3

In Afdeling 4, ingevoegd bij artikel 2, wordt een artikel 8/1 ingevoegd, luidende :

« Art. 8/1. Alle behandelingen met betrekking tot medisch begeleide voortplanting worden door de fertiliteitscentra die ze uitvoeren geregistreerd bij de federale centrale autoriteit. Tevens dienen de centra de naam van de patiënt te melden aan de federale centrale autoriteit. »

Art. 4

In dezelfde Afdeling 4 wordt een artikel 8/2 ingevoegd, luidende :

« Art. 8/2. Een verzoek tot behandeling met betrekking tot medisch begeleide voortplanting is slechts ontvankelijk nadat het fertiliteitscentrum van de federale centrale autoriteit de gegevens heeft ontvangen met betrekking tot in het verleden verstrekte cycli inzake medisch begeleide voortplanting. »

20 september 2012.

Elke SLEURS.
Louis IDE.
Inge FAES.