

Sénat de Belgique

Session ordinaire 2012-2013



5-230COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 4 juin 2013

Séance de l'après-midi

Annales

Belgische Senaat

Gewone Zitting 2012-2013

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 4 juni 2013

Namiddagvergadering

5-230COM

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:
www.senate.be www.lachambre.be

Abréviations – Afkortingen

CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
cdH	centre démocrate Humaniste
Ecolo	Écologistes confédérés pour l'organisation de luttes originales
MR	Mouvement réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	Parti Socialiste
sp.a	socialistische partij anders
VB	Vlaams Belang

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:
www.senate.be www.dekamer.be

Sommaire

Demande d'explications de Mme Christine Defraigne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la redevance d'enregistrement dans le registre canin» (n° 5-3217).....	6
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les plaintes contre les hôpitaux qui font de la publicité pour la chirurgie esthétique» (n° 5-3399).....	7
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les cliniques du sein» (n° 5-3401).....	8
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la rémunération de l'acte intellectuel d'un médecin» (n° 5-3402).....	10
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la nouvelle procédure de prescription en imagerie médicale» (n° 5-3403).....	11
Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement du matériel pour stomie et incontinence» (n° 5-3417).....	13
Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le syndrome de fatigue chronique» (n° 5-3420).....	14
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accueil et le traitement des auteurs de délits sexuels» (n° 5-3433).....	16
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'obligation de déplacement des médecins de garde» (n° 5-3453).....	18
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la problématique du burnout chez les médecins généralistes» (n° 5-3465).....	19
Demande d'explications de M. Yoei Vastersavendts à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «un arrêté ministériel portant l'interdiction de la mise sur le marché d'un produit de nettoyage» (n° 5-3485).....	21
Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les antidépresseurs» (n° 5-3490).....	23

Inhoudsopgave

Vraag om uitleg van mevrouw Christine Defraigne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de bijdrage voor de registratie in het hondenregister» (nr. 5-3217).....	6
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de klachten tegen ziekenhuizen die reclame maken voor plastische chirurgie» (nr. 5-3399).....	7
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de borstklinieken» (nr. 5-3401).....	8
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de honorering van de intellectuele acte van een arts» (nr. 5-3402).....	10
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de nieuwe procedure voor het voorschrijven van medische beeldvorming» (nr. 5-3403).....	11
Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van stoma- en incontinentiemateriaal» (nr. 5-3417).....	13
Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het chronischevermoeidheidssyndroom» (nr. 5-3420).....	14
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvang en behandeling van plegers van seksuele misdrijven» (nr. 5-3433).....	16
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verplichting voor de arts van wacht om zich te verplaatsen» (nr. 5-3453).....	18
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de problematiek van de burn-out bij de huisartsen» (nr. 5-3465).....	19
Vraag om uitleg van de heer Yoei Vastersavendts aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «een ministerieel besluit tot invoering van een verbod op het verhandelen van een reinigingsproduct» (nr. 5-3485).....	21
Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de antidepressiva» (nr. 5-3490).....	23

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la menace pesant sur le fonctionnement des hôpitaux à cause de la pénurie croissante de médecins et de dentistes» (n° 5-3496)25	Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de gevolgen van het toenemend tekort aan artsen en tandartsen voor het functioneren van de ziekenhuizen» (nr. 5-3496)..... 25
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la menace représentée par la cinquième édition du manuel psychiatrique <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> » (n° 5-3497).....27	Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de bedreigende impact van de vijfde uitgave van psychiatrische werkgids <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> » (nr. 5-3497)..... 27
Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le volontariat international» (n° 5-3501).....29	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het internationale vrijwilligerswerk» (nr. 5-3501)..... 29
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le dossier médical global» (n° 5-3546)30	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het globaal medisch dossier» (nr. 5-3546) 30
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le fractionnement du plasma sanguin» (n° 5-3547).....32	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de fractionering van bloedplasma» (nr. 5-3547) 32
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de l'Avastin pour les tumeurs cérébrales» (n° 5-3548).....34	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van Avastin voor hersentumoren» (nr. 5-3548)..... 34
Demande d'explications de M. Richard Miller à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les femmes victimes d'une mutilation des organes génitaux» (n° 5-3553).....34	Vraag om uitleg van de heer Richard Miller aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vrouwen die het slachtoffer zijn van genitale verminking» (nr. 5-3553)..... 34
Demande d'explications de M. Bertin Mampaka Mankamba à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les imprimantes en trois dimensions et le bioprinting» (n° 5-3560).....36	Vraag om uitleg van de heer Bertin Mampaka Mankamba aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de driedimensionale printers en de bioprinting» (nr. 5-3560)..... 36
Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la production par des chirurgiens de modèles médicaux à l'aide de la technologie d'impression en 3D» (n° 5-3598).....36	Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de productie van medische modellen met 3D-printingtechnologie door chirurgen» (nr. 5-3598) 36
Demande d'explications de M. Richard Miller à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la pratique en Belgique de la thérapie par chélation et les soupçons de charlatanisme» (n° 5-3570)39	Vraag om uitleg van de heer Richard Miller aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de praktijk van chelatietherapie in België en de vermoedens van kwakzalverij» (nr. 5-3570)..... 39
Demande d'explications de M. Yves Buysse à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le paiement par des ressortissants étrangers des frais d'interventions médicales» (n° 5-3602).....42	Vraag om uitleg van de heer Yves Buysse aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de betaling door buitenlandse onderdanen van de kosten van medische ingrepen» (nr. 5-3602) 42
Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la brochure relative aux déclarations anticipées d'euthanasie» (n° 5-3413)44	Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de brochure over de wilsverklaringen inzake euthanasie» (nr. 5-3413) 44

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les centres de fertilité utilisant du matériau de donneur non anonyme» (n° 5-3630)	45	Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de fertiliteitscentra met open donormateriaal» (nr. 5-3630).....	45
Requalification en question écrite avec remise de la réponse	46	Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord.....	46

Présidence de Mme Elke Sleurs*(La séance est ouverte à 14 h 20.)***Demande d'explications de Mme Christine Defraigne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la redevance d'enregistrement dans le registre canin» (n° 5-3217)**

Mme Christine Defraigne (MR). – Jusqu'au 15 décembre 2010, la redevance de 12,39 euros couvrant toutes les opérations d'enregistrement et de gestion du registre canin perçue auprès des propriétaires de chiens, dont le montant avait été déterminé dans l'arrêté ministériel du 5 février 1998 et repris dans l'arrêté royal du 28 mai 2004, concordait exactement avec la rétribution pour les mêmes services du prestataire désigné par l'adjudication.

Les professionnels du secteur canin ont cependant constaté que depuis l'adjudication du nouveau marché en 2010, la redevance a été maintenue à 12,39 euros et n'a pas été mise en concordance avec la rétribution du nouveau prestataire. Le maintien de la différence a débouché sur une accumulation d'excédents entraînant la formation d'une réserve financière importante.

Madame la ministre, quel est le montant exact de la rétribution du nouvel adjudicataire couvrant la totalité des prestations de l'enregistrement et donc du service rendu aux redevables, responsables de chiens ?

Par voie de conséquence, quel est le surplus généré par l'absence de mise en concordance de la redevance avec la rétribution ? Quel est le montant actuel de la réserve financière constituée ?

Sur quelle base légale et pour quelles raisons avez-vous pris la décision de ne pas mettre en concordance la redevance avec la rétribution du nouvel adjudicataire ?

Quels sont la destination et l'usage de cette réserve financière ? Quelle est la base légale de cette affectation ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – J'ai effectivement proposé de prélever via la loi-programme du 27 décembre 2012 une partie de la redevance sous forme de taxe afin de financer des projets relatifs au bien-être des animaux, ce qui, connaissant votre empathie sincère pour cette matière, devrait vous réjouir.

Les chiffres relatifs aux émoluments du nouveau prestataire, à la nature des dépenses et au montant de la réserve ont été communiqués à l'occasion de la discussion parlementaire sur la loi-programme. Le prix de l'identification et de l'enregistrement fixé dans la réglementation est de 12,39 euros. Le prix demandé par Zetes est de 7,49 euros. Le montant de la réserve que le conclave budgétaire a prévu de rapatrier au Trésor est de 1 140 000 euros. La nature des dépenses est l'engagement de douze inspecteurs pour le

Voorzitter: mevrouw Elke Sleurs*(De vergadering wordt geopend om 14.20 uur.)***Vraag om uitleg van mevrouw Christine Defraigne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de bijdrage voor de registratie in het hondenregister» (nr. 5-3217)**

Mevrouw Christine Defraigne (MR). – Tot 15 december 2010 moesten alle hondenbezitters een bijdrage van 12,39 euro betalen die alle kosten dekte voor de registratie in het hondenregister en het beheer van dat register. Dat bedrag was vastgelegd in het ministerieel besluit van 5 februari 1998 en overgenomen in het koninklijk besluit van 28 mei 2004 en kwam volledig overeen met de vergoeding voor de dienstverstreker die bij de aanbesteding was aangewezen.

De professionals uit de hondensector hebben inmiddels vastgesteld dat sinds de aanbesteding van de nieuwe opdracht in 2010 de bijdrage werd behouden op 12,39 euro en niet is aangepast aan de vergoeding van de nieuwe dienstverstreker. Zo hebben de overschotten zich opgestapeld, waardoor een aanzienlijke financiële reserve is ontstaan.

Welk exact bedrag ontvangt de nieuwe dienstverstreker als vergoeding voor alle prestaties inzake de registratie, en dus voor de dienstverlening aan de bijdrageplichtigen, de verantwoordelijken voor honden?

Welk overschot werd aldus opgestapeld doordat de bijdrage niet in overeenstemming is gebracht met de vergoeding? Hoeveel bedraagt de financiële reserve momenteel?

Op welke wettelijke basis en om welke redenen heeft de minister beslist om de bijdrage niet in overeenstemming te brengen met de vergoeding voor de nieuwe dienstverstreker?

Wat is de bestemming van die financiële reserve? Waarvoor wordt ze gebruikt? Wat is de wettelijke basis voor die affectatie?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik heb inderdaad voorgesteld om via de programmawet van 27 december 2012 een deel van de bijdrage af te houden in de vorm van een belasting. Die moet dienen om projecten voor dierenwelzijn te financieren. Ik weet dat mevrouw Defraigne een hart heeft voor dieren, dus dit moet haar verheugen.

De cijfers met betrekking tot de vergoeding van de nieuwe dienstverstreker, de aard van de uitgaven en het bedrag van de reserve zijn meegedeeld tijdens de parlementaire bespreking van de programmawet. De prijs voor de identificatie en de registratie is in het koninklijk besluit vastgelegd op 12,39 euro. Zetes vraagt 7,49 euro. Het bedrag van de reserve waarvan op het begrotingsconclaaf is voorzien dat het terug naar de Schatkist zal vloeien, is 1 140 000 euro. De uitgaven zijn bestemd voor de aanwerving van twaalf

Service de contrôle du bien-être animal.

Vous m'avez déjà posé des questions à ce sujet, notamment à propos de la gestion problématique du Registre central d'identification des chiens à la suite du changement de prestataire de services. Je ne vous apprendrai rien en vous disant que le transfert de la base de données entre l'ancien prestataire et le prestataire actuel, Zetes, n'a pas été une sinécure. L'ancien prestataire a même intenté un recours en référé civil et un recours au Conseil d'État. Les deux procédures ont été gagnées par l'État belge.

Étant donné le contexte délicat, modifier le prix aurait été une prise de risque inacceptable car ma préoccupation première a toujours été de garantir la continuité du service dans l'intérêt de nos concitoyens. Il a donc fallu constituer une réserve en laissant le prix inchangé afin de pallier d'éventuelles difficultés, qu'elles soient d'ordre juridique, l'issue d'un recours étant toujours incertaine, ou d'ordre matériel, un problème technique ou une défaillance imprévisible du nouveau prestataire n'étant pas à exclure, même quand il a fait ses preuves.

Il s'est avéré indispensable de gérer un service d'une telle ampleur en constituant une réserve garantissant sa permanence, permanence que nos concitoyens sont en droit d'exiger en contrepartie de la rétribution qu'ils paient. La base de données étant propriété de l'État, c'est l'État qui supporte le risque en cas de problème, raison pour laquelle le gouvernement a décidé, lors de l'élaboration du budget 2013, de rapatrier ces fonds au bénéfice du Trésor.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les plaintes contre les hôpitaux qui font de la publicité pour la chirurgie esthétique» (n° 5-3399)

M. Louis Ide (N-VA). – En ce qui concerne cette question, je renvoie à l'affaire Groupon. Un problème analogue concernant le Brussels Centre for Aesthetic Surgery – le BCAS – a également été répercuté par la presse.

Une inspection a-t-elle eu lieu dans les deux hôpitaux ? Quels en ont été les constats ? Une plainte a-t-elle effectivement été déposée au parquet au sujet des pratiques de la Clinica Aesthetica et du BCAS ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Le 17 janvier 2013, des inspecteurs de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé ont procédé à une inspection à la Clinica Aesthetica à Schaerbeek, en collaboration avec le secrétaire de la commission médicale provinciale, à la suite de la violation de l'interdiction de publicité pour les interventions de chirurgie plastique.

Les médecins et infirmiers de la Clinica Aesthetica, qui

inspecteurs pour de inspectiedienst Dierenwelzijn.

Mevrouw Defraigne heeft me over dit onderwerp al vragen gesteld, onder meer met betrekking tot de problemen bij het beheer van het Centraal register voor de identificatie van honden naar aanleiding van de wijziging van de dienstverstrekker. De overdracht van de gegevensbank tussen de vorige dienstverstrekker en de nieuwe, Zetes, was geen sinecure. De vorige dienstverstrekker heeft zelfs een kort geding bij de burgerlijke rechter en een beroep bij de Raad van State ingeleid. De Belgische Staat heeft beide procedures gewonnen.

Gelet op de delicate context zou het een onaanvaardbaar risico zijn geweest om de prijs aan te passen. Het is steeds mijn hoofdbekommernis geweest de continuïteit van de dienstverlening in het belang van al onze medeburgers te verzekeren. Er moest dus een reserve worden aangelegd. Daarbij bleef de bijdrage onaangeroerd zodat eventuele moeilijkheden konden worden opgevangen. Die konden van juridische aard zijn, aangezien de uitkomst van een rechtszaak altijd onzeker is, of van materiële aard, want een technisch probleem of een onvoorzienbare tekortkoming van de nieuwe dienstverstrekker is nooit uitgesloten, ook al heeft die zich reeds bewezen.

Om een dienst van een dergelijke omvang te beheren, moest een reserve worden aangelegd om het voortbestaan te waarborgen waarop onze medeburgers recht hebben als tegenprestatie voor de bijdrage die ze betalen. De gegevensbank is eigendom van de Staat, het is dan ook de Staat die de risico's voor eventuele problemen draagt. Om die reden heeft de regering bij de begrotingsopmaak voor 2013 beslist het fonds terug te sluisen naar de Schatkist.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de klachten tegen ziekenhuizen die reclame maken voor plastische chirurgie» (nr. 5-3399)

De heer Louis Ide (N-VA). – In het kader van deze vraag verwijz ik naar de Grouponaffaire. Een analoog probleem bij Brussels Centre for Aesthetic Surgery – BCAS – haalde eveneens de pers.

Vond in beide ziekenhuizen een inspectie plaats? Wat waren de bevindingen? Werd effectief een klacht ingediend bij het parket inzake de praktijken van Clinica Aesthetica? Wat is de stand van zaken betreffende de klachten tegen respectievelijk Clinica Aesthetica en BCAS?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Op 17 januari 2013 deden inspecteurs van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten een inspectie bij Clinica Aesthetica te Schaerbeek, in samenwerking met de secretaris van de provinciale geneeskundige commissie, naar aanleiding van de overtreding van het reclameverbod voor ingrepen van plastische chirurgie.

De aanwezige artsen en verpleegkundigen van Clinica

étaient présents, étaient habilités à exercer la médecine et l'art infirmier en Belgique. Mais des infractions ont été constatées en ce qui concerne la stérilité, la conservation et le stockage des médicaments. Lors de l'inspection, les mesures adéquates ont été prises et les produits périmés ont été saisis.

Les inspecteurs ont procédé à un audit commun et rédigé un procès-verbal. Par rapport à l'infraction à la loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relatives aux actes d'esthétique médicale, un procès-verbal a aussi été dressé par l'administration. La publicité a entre-temps été retirée.

En ce qui concerne le Brussels Centre for Aesthetic Surgery, il n'y a eu aucune inspection. Mais le 4 juillet 2012, en vertu de la loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité, un procès-verbal a bien été dressé par l'administration.

Le 18 juillet 2012, la Commission médicale provinciale du Brabant flamand et de Bruxelles, côté néerlandophone, a dressé un procès-verbal pour présomption d'infraction à la loi du 6 juillet 2011, présomption d'exercice illégal de la médecine en vertu de l'arrêté royal n° 78 et présomption d'un problème d'hygiène dans l'établissement.

Le mandat de perquisition demandé au parquet de Bruxelles n'a pas été délivré.

Je ne suis pas compétente en ce qui concerne le suivi ultérieur de la justice et je ne peux dès lors vous fournir davantage d'informations.

Pour être complète, je précise que j'ai pris connaissance de l'arrêt d'annulation du 20 mai dernier de la loi du 6 juillet 2011 par la Cour constitutionnelle. Plusieurs sénateurs envisagent de prendre une nouvelle initiative sur la base de cet arrêt.

M. Louis Ide (N-VA). – Dans les deux cas, les services de la ministre ont fait ce qu'ils pouvaient dans le cadre de leurs compétences. Le reste relève de la Justice.

La loi votée récemment a été suspendue mais je suppose qu'il existe un consensus pour tenir compte des remarques formulées.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les cliniques du sein» (n° 5-3401)

M. Louis Ide (N-VA). – Voici quelques années, par un arrêté royal du 26 avril 2007, la ministre a établi des normes pour les cliniques du sein. Celles-ci devaient notamment réaliser au moins 150 interventions par an. Mme Temmerman et moi-même avons posé une question à la ministre en séance plénière. Il est apparu que nous étions d'accord pour considérer que mieux vaudrait lier le niveau minimum d'activités à un médecin qu'à un centre ; nous estimions aussi qu'un centre de sénologie peut fonctionner pour autant que l'encadrement soit assuré, par exemple par du personnel infirmier spécialisé et par un médecin travaillant dans plusieurs hôpitaux, ce qui lui permet d'atteindre le niveau d'activités requis. Si mes souvenirs sont fidèles, la ministre n'était pas hostile à cette idée. Je souhaite donc qu'elle me

Aesthetica waren gemachtigd de geneeskunde en verpleegkunde uit te oefenen in België. Desalniettemin werden inbreuken vastgesteld inzake de sterilité, de bewaring en het stockeren van geneesmiddelen. Hiertegen werden tijdens de inspectie passende maatregelen genomen, en de vervallen goederen werden in beslag genomen.

De inspecteurs hebben gezamenlijk een audit en proces-verbaal opgesteld. Met betrekking tot de inbreuk op de wet van 6 juli 2011 tot instelling van een verbod op reclame voor ingrepen voor medische esthetiek en tot regeling van de informatie over dergelijke ingrepen werd ook een proces-verbaal opgesteld door de administratie. De reclame werd inmiddels verwijderd.

Bij het Brussels Centre for Aesthetic Surgery vond geen inspectie plaats. De administratie stelde op 4 juli 2012 evenwel een proces-verbaal op tegen het centrum op grond van de wet van 6 juli 2011 tot instelling van een verbod op reclame. De Provinciale Geneeskundige Commissie van Vlaams-Brabant en Nederlandstalig Brussel stelde op 18 juli 2012 een proces-verbaal op wegens vermoeden van inbreuk op de wet van 6 juli 2011, vermoeden van onwettige uitoefening van geneeskunde krachtens koninklijk besluit nr. 78, en vermoeden van een probleem met de hygiëne in de instelling. Op de vraag aan het parket van Brussel tot afgifte van een huiszoekingsbevel werd niet ingegaan.

Ik ben niet bevoegd voor de opvolging door Justitie en kan dan ook geen bijkomende informatie verschaffen.

Volledigheidshalve deel ik nog mee dat ik kennis heb genomen van het vernietigingsarrest van 20 mei 2013 van de wet van 6 juli door het Grondwettelijk Hof. Verschillende senatoren willen op basis van dat arrest een nieuw initiatief nemen.

De heer Louis Ide (N-VA). – In beide gevallen hebben de diensten van de minister gedaan wat binnen hun bevoegdheden mogelijk was. Het overige is voor Justitie.

De onlangs goedgekeurde wet werd geschorst, maar ik vermoed dat er een consensus bestaat om rekening te houden met de geformuleerde opmerkingen.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de borstklinieken» (nr. 5-3401)

De heer Louis Ide (N-VA). – Enkele jaren geleden stelde de minister met het koninklijk besluit van 26 april 2007 normen in voor de erkenning van borstklinieken. Zo moet het activiteitenniveau minstens 150 ingrepen per jaar bedragen. Een hele tijd geleden stelden mevrouw Temmerman en ik daarover in de plenaire vergadering een vraag aan de minister. We bleken daarbij op dezelfde golflengte te zitten, namelijk dat het minimaal activiteitenniveau beter aan een arts zou worden gekoppeld dan aan een centrum. We waren het erover eens dat een borstcentrum ook kan functioneren indien de nodige omkadering aanwezig is, zoals een borstverpleegkundige, plus één arts die tussen verschillende ziekenhuizen pendelt en op die manier ook het vereiste activiteitenniveau haalt. Ik meen me te herinneren dat de

dise où nous en sommes. Va-t-on modifier l'arrêté royal dans ce sens ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Dans l'arrêté royal du 26 avril 2007, le niveau d'activités requis pour l'agrément d'une clinique du sein n'est pas exprimé en termes d'interventions, mais de nouveaux diagnostics. Cet arrêté royal fixe à 50 interventions chirurgicales annuelles le niveau d'activités minimal pour un médecin-spécialiste en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.*

En septembre 2011, le Conseil national des établissements hospitaliers a émis un avis sur la réforme des cliniques du sein, où les accents étaient mis sur la qualité des soins pour toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein, le développement et l'enregistrement d'indicateurs de qualité, l'organisation en plusieurs niveaux des cliniques du sein et la collaboration entre elles. Sur la base de cet avis, ma cellule stratégique prépare, en liaison avec le SPF Santé publique, une révision des normes d'agrément.

Les nouvelles normes se fonderont sur les principes suivants.

Il importe d'abord qu'elles garantissent tant la qualité des soins que leur accessibilité. Elles prévoient un agrément avec une différenciation des programmes de soins à deux niveaux selon leur niveau d'activités, ainsi qu'une collaboration entre les différents programmes de soins dans un accord de coopération juridique formalisé où on s'entendra sur l'orientation médicale et le système de qualité.

Pour la mesure de la qualité, le développement et l'enregistrement des indicateurs de qualité sont des instruments indispensables.

Outre l'enregistrement des indicateurs de qualité, on a pensé à l'enregistrement des procédures invasives du programme de soins et de leurs effets en termes de mortalité et complications, en fonction de la gravité de la pathologie.

Cette organisation nécessite que le nombre minimal d'interventions chirurgicales réalisées par le spécialiste en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique soit redéfini. Cette mesure assurera la continuité des soins dans chaque programme de soins.

Il est également nécessaire de définir un volume suffisant de patientes afin de pouvoir organiser l'interdisciplinarité dans l'encadrement non médical de manière raisonnable et dans le respect de la qualité. Mon administration finalise en ce moment un projet d'arrêté fixant les nouvelles normes.

M. Louis Ide (N-VA). – *Si les textes sont quasiment prêts, ma question venait à son heure. Je me propose de poser une nouvelle question à ce sujet si le nouvel arrêté n'est pas finalisé d'ici la rentrée parlementaire.*

minister niet helemaal afkerig stond tegenover dat idee. Daarom kreeg ik van de minister graag een stand van zaken. Wordt het koninklijk besluit in die zin aangepast?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De minimale activiteitsdrempel die vereist is voor de erkenning van een borstkliniek volgens het koninklijk besluit van 26 april 2007 is niet gebaseerd op het aantal ingrepen, maar op het aantal nieuwe diagnoses per jaar. Hetzelfde koninklijk besluit legt de minimale activiteitsdrempel voor de geneesheer-specialist in de heelkunde of de gynaecologie-verloskunde die de ingreep uitvoert, op 50 heelkundige ingrepen per jaar.*

In september 2011 bracht de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies uit over de hervorming van de borstklinieken. Daarin lag de nadruk op de kwaliteit van de zorg voor alle borstkankerpatiënten, de ontwikkeling en registratie van kwaliteitsindicatoren, de organisatie van de borstklinieken in verschillende niveaus en de samenwerking tussen de borstklinieken. Op basis van dit advies werkt mijn beleidsceel in samenwerking met de FOD Volksgezondheid aan een herziening van de erkenningsnormen.

De nieuwe erkenningsnormen zullen gebaseerd zijn op de volgende principes.

In de eerste plaats is het belangrijk dat in de normen zowel de kwaliteit als de toegankelijkheid van de zorg worden gewaarborgd. Daarom zullen we werken met een erkenning met differentiatie van de zorgprogramma's in twee niveaus volgens het activiteitsniveau, en een samenwerking tussen de verschillende zorgprogramma's in een juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband, waarin afspraken worden gemaakt over de medische aansturing en het kwaliteitssysteem.

Voor het meten van de kwaliteit zijn de ontwikkeling en registratie van kwaliteitsindicatoren onmisbaar.

Naast de registratie van de kwaliteitsindicatoren is ook gedacht aan de registratie van de invasieve procedures die in het zorgprogramma worden uitgevoerd en de resultaten ervan in termen van mortaliteit en complicaties afhankelijk van de ernst van de pathologie.

Om deze organisatie mogelijk te maken, zal het vereiste aantal heelkundige ingrepen door de geneesheer-specialist in de heelkunde of de gynaecologie-verloskunde worden geherdefinieerd. Dankzij deze maatregel zal de continuïteit van de zorg in elk zorgprogramma kunnen worden gewaarborgd.

Daarnaast is het ook noodzakelijk een voldoende kritisch volume aan patiënten te definiëren zodat een schaal wordt bereikt waarbij de interdisciplinariteit in de niet-medische omkadering op een zinvolle en kwalitatieve wijze kan worden georganiseerd. Mijn administratie legt momenteel de laatste hand aan het ontwerp van besluit over de nieuwe normen.

De heer Louis Ide (N-VA). – *Als de teksten bijna klaar zijn, dan was mijn vraag perfect getimed. Ik stel voor dat als het besluit nog niet rond is bij de opening van het nieuwe parlementaire jaar, ik dan opnieuw een parlementaire vraag stel.*

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la rémunération de l'acte intellectuel d'un médecin» (n° 5-3402)

M. Louis Ide (N-VA). – *La semaine dernière, la ministre a lancé sa campagne « Les images médicales ne sont pas des photos de vacances ». L'un des points forts de notre système de santé est que les patients peuvent facilement solliciter un deuxième ou troisième avis. C'est un luxe dont ils ne sont pas toujours conscients.*

Lorsqu'un CT-scan ou un IRM a été réalisé, il ne faudrait pas que le patient qui demande un deuxième avis doive refaire un tel examen. Pour sauvegarder le droit à un deuxième avis, éviter une exposition supplémentaire à des rayons et limiter les dépenses, il serait peut-être utile de fonder le second avis sur les mêmes images et de rémunérer ce second avis comme un acte intellectuel. Une telle mesure s'inscrit parfaitement dans la campagne que la ministre a lancée la semaine dernière.

La ministre reconnaît-elle qu'assortir d'honoraires l'acte intellectuel que constitue un second avis permettrait d'éviter de nombreux examens faits en double et donc inutiles ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Si l'avis d'un second radiologue concernant un examen d'imagerie médicale est demandé, on peut espérer que l'on ne fera pas passer un examen supplémentaire et inutile au patient et surtout pas un examen où celui-ci est exposé une fois encore à des rayons. Cela irait à l'encontre des règles qui justifient l'usage des rayons ionisants et à l'encontre de l'usage rationnel de l'imagerie médicale. Le radiologue doit d'ailleurs disposer d'une prescription conforme si un examen est refait.*

Dans les prestations pour les mammographies, pour la détection du cancer du sein, dans le cadre d'un examen sur la population, un remboursement est prévu pour une deuxième lecture, avec un système de qualité spécifiquement pensé. La généralisation du principe consistant à prévoir des honoraires distincts pour une relecture d'un examen déjà réalisé, peut être une proposition intéressante mais elle mérite certainement d'être analysée plus en profondeur. Il faudra déterminer si cela peut effectivement contribuer à une diminution des examens inutiles et onéreux.

La proposition est intéressante mais pas nouvelle. La dissociation de l'acte intellectuel et de l'exécution de l'examen technique d'imagerie médicale, en ce qui concerne les honoraires, est une piste de réflexion qui a déjà été développée dans le passé. L'idée d'honoraires forfaitaires pour le diagnostic a elle aussi déjà été lancée.

Il revient à la Commission nationale médico-mutualiste de formuler de telles propositions. L'usage rationnel de l'imagerie médicale est, dans tous ses aspects, un sujet qui retient particulièrement mon attention et celle du SPF Santé publique. Nous avons à cette fin créé une plate-forme, la Belgian Medical Imaging Platform (BELMIP), où les

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de honorering van de intellectuele acte van een arts» (nr. 5-3402)

De heer Louis Ide (N-VA). – *De minister lanceerde vorige week haar campagne “Medische beelden zijn geen vakantiekiekjes”. Zoals ze weet, is een van de sterke punten van ons gezondheidssysteem dat patiënten vlot een second of third opinion kunnen vragen. Dat is een ongelooflijke luxe waarvan de patiënten zich niet altijd bewust zijn.*

Als zo'n second opinion wordt gevraagd nadat een CT-scan of een MRI is gemaakt, kan het niet de bedoeling zijn opnieuw een dergelijk onderzoek te doen. Om in zo'n geval het recht op een tweede opinie te bewaren, bijkomende straling te vermijden en de uitgaven te beperken, is het misschien een goed idee om een second opinion te baseren op dezelfde beelden, ze te “herprotocolleren” en deze second opinion als een intellectuele act te honoreren. Dat past perfect in de campagne die de minister vorige week lanceerde.

Is de minister het ermee eens dat een dergelijke honorering van de intellectuele act bij een second opinion veel onnodige en dubbele onderzoeken kan vermijden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Wanneer een radioloog om een tweede opinie wordt gevraagd over een onderzoek met medische beeldvorming, mogen we hopen dat hij de patiënt niet nodeloos een tweede onderzoek laat ondergaan, en zeker geen onderzoek waarbij de patiënt een tweede keer aan ioniserende stralen wordt blootgesteld. Dat zou indruisen tegen de regels van het verantwoord gebruik van ioniserende straling en niet stroken met het rationeel gebruik van medische beeldvorming. De radioloog dient overigens over een conform voorschrift te beschikken, wanneer een onderzoek wordt overgedaan.*

Bij de nomenclatuurverstrekingen voor mammografische screenings voor het opsporen van borstkanker in het kader van een bevolkingsonderzoek bestaat er vandaag al een vergoeding voor een tweede lezing, samen met een specifiek hiervoor opgezet kwaliteitssysteem. Het veralgemenen van het principe om een aparte honorering in te voeren voor een herbeoordeling van een reeds uitgevoerd onderzoek, kan een interessant voorstel zijn. Verdere analyse en onderzoek is hier zeker nodig. Of dit, zoals de heer Ide stelt, effectief kan bijdragen tot een vermindering van nutteloze en dure bijkomende onderzoeken, moet daarbij worden uitgemaakt.

Het voorstel is interessant, maar niet nieuw. Het loskoppelen van de vergoeding voor de intellectuele acte en voor de uitvoering van het technisch onderzoek van de medische beeldvorming is in het verleden al eens voorgesteld. Ook het idee van een forfaitaire vergoeding voor een diagnose is ooit opgeworpen.

Het behoort tot de taken van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen of Medicomut om dat soort voorstellen te doen. Het rationele gebruik van medische beeldvorming in al haar aspecten is een kwestie waarvoor de

différentes autorités et parties concernées, dont des médecins, sont représentées. J'attends maintenant les propositions de la Commission médico-mutualiste avant d'entreprendre d'autres démarches dans ce domaine.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je voudrais encore préciser une chose. Il ne s'agit pas seulement pour moi de la répétition d'un examen sans raison précise. Nous espérons bien sûr que cela ne se produit pas. Si, par exemple, un patient d'Arlon en séjour à la Côte est hospitalisé à Ostende, le médecin ostendais pourra parfaitement consulter les images faites à Arlon grâce à eHealth. Si un patient, après un diagnostic dans un hôpital secondaire, est transféré dans un hôpital tertiaire, il arrive souvent que l'on refasse des examens. C'est aussi la responsabilité du patient qui n'a pas l'habitude d'emporter avec lui les images de ses examens.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *C'est précisément pourquoi ma campagne s'adresse aux patients*

M. Louis Ide (N-VA). – *Ma proposition va aussi dans ce sens. Partout où un patient ambulatoire est examiné, il est possible de consulter les images numériques via eHealth. S'il y a une prestation ou un acte intellectuel, celui-ci pourrait être rémunéré, sans sortir du contexte budgétaire actuel, bien sûr.*

Je me réjouis que la ministre fasse preuve d'ouverture vis-à-vis de cette idée et je pense comme elle que les effets doivent en être étudiés.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la nouvelle procédure de prescription en imagerie médicale» (n° 5-3403)

M. Louis Ide (N-VA). – *Depuis le 1^{er} mars 2013, de nouvelles règles sont en vigueur pour la prescription d'examens d'imagerie médicale comme des radiographies, des CT-scans, des IRM ou échographies.*

Ces nouvelles règles de la nomenclature visent à ce que le prescripteur décrive la demande de diagnostic avec le plus de précision possible et mentionne les informations cliniques nécessaires de sorte que le contexte clinique soit clair pour le radiologue. Il peut s'agir d'une grossesse, d'allergies, de diabète, d'insuffisance rénale ou d'implants. Le prescripteur joint aussi d'autres informations pouvant être importantes pour le radiologue. Il doit aussi proposer un examen et formuler une seule question par demande de diagnostic.

Les prescripteurs doivent en outre mentionner les examens pertinents réalisés antérieurement et s'identifier de manière

FOD Volksgezondheid en ikzelf een bijzondere belangstelling hebben. We hebben daartoe een speciaal platform opgericht, het Belgian Medical Imaging Platform (BELMIP), waarin de verschillende overheden en stakeholders, onder wie ook de geneesheren, zijn vertegenwoordigd. Ik wacht nu op voorstellen van de Medicomut om op dit vlak verdere stappen te ondernemen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik wil nog iets verduidelijken. Voor mij gaat het niet alleen over het herhalen van een onderzoek zonder duidelijke reden. We hopen uiteraard dat dat niet gebeurt. Dat is immers zuivere overconsumptie. Maar als bijvoorbeeld een patiënt met een bepaalde comorbiditeit uit Aarlen tijdens een verblijf aan de kust in een ziekenhuis in Oostende wordt opgenomen, dan kan men daar perfect via eHealth de beeldvorming uit Aarlen bekijken en hoeven er niet opnieuw foto's te worden genomen. Wanneer iemand na een diagnose in een secundair ziekenhuis wordt doorverwezen naar een tertiair ziekenhuis, gebeurt het vaak dat er opnieuw foto's worden gemaakt. Dat is natuurlijk ook een verantwoordelijkheid van de patiënt. Die heeft vaak niet de gewoonte beeldmateriaal bij te houden of mee te brengen ...

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Daarom precies richt ik mij in de campagne tot de patiënten.*

De heer Louis Ide (N-VA). – Ook mijn voorstel gaat in die richting. Men kan overal waar een mobiele patiënt zich laat onderzoeken, de digitale beelden via eHealth opvragen. Als er dan een prestatie of intellectuele act is, zou die kunnen worden vergoed, weliswaar binnen de budgettaire context van vandaag. Misschien moet er een verschuiving komen, waarbij dergelijke consulten op die manier gehonoreerd worden.

Ik ben blij dat de minister hiervoor openstaat en ik ben het met haar eens dat de effecten ervan nader onderzocht moeten worden.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de nieuwe procedure voor het voorschrijven van medische beeldvorming» (nr. 5-3403)

De heer Louis Ide (N-VA). – Sinds 1 maart 2013 gelden nieuwe regels voor het voorschrift van bepaalde medische beeldvorming zoals radiografieën, CT-scans, MRI-onderzoek of echografieën.

Die nieuwe regels in de nomenclatuur leggen er de nadruk op dat de voorschrijver de diagnostische vraagstelling zo duidelijk mogelijk beschrijft en de nodige klinische inlichtingen vermeldt, zodat de klinische context voor de radioloog duidelijk is. Dit omvat eventuele zwangerschap, de aanwezigheid van allergieën, diabetes, nierinsufficiëntie of implantaten. De voorschrijver voegt ook andere inlichtingen toe die belangrijk kunnen zijn voor de radioloog. Ook moet de voorschrijver een onderzoek voorstellen en één aanvraag per diagnostische vraagstelling formuleren.

Voorts moeten de voorschrijvers eerder uitgevoerde relevante

détaillée : cachet, nom, prénom, adresse, numéro INAMI, signature et numéro de téléphone. Les nouvelles règles entraînent donc tout un travail administratif supplémentaire pour les prescripteurs, a fortiori parce que le nouveau formulaire de demande n'a pas encore été intégré dans la majorité des logiciels et parce que le formulaire ne peut pas être envoyé par voie électronique. Je reconnais que l'administration est nécessaire. Un examen clinique bien orienté impose maintenant une bonne indication clinique. Une simplification par le biais d'une intégration dans des logiciels constituerait en tout cas une amélioration.

Il est actuellement impossible pour la majorité des prescripteurs de satisfaire à toutes les règles. La nouvelle réglementation a été instaurée assez rapidement.

Un certain temps s'est écoulé depuis le moment où j'ai déposé cette demande d'explications.

Où en est la mise en œuvre du nouveau formulaire de demande ? Des contrôles ont-ils déjà été réalisés ? Dans l'affirmative, des problèmes ont-ils été constatés ?

Le nouveau formulaire peut-il être intégré dans tous les logiciels ? Cela mène-t-il à une réduction substantielle de la charge administrative ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je peux uniquement répondre aux questions que M. Ide a posées par écrit.

Il souligne à juste titre que l'accent est mis sur une description aussi précise que possible de la demande de diagnostic. Les informations cliniques nécessaires doivent être mentionnées de sorte que le contexte clinique soit clair pour le radiologue. D'autres informations pouvant être utiles pour le radiologue, comme une grossesse, une insuffisance rénale ou des allergies, doivent y être jointes. Le nom, le prénom, l'adresse et le numéro INAMI du prescripteur doivent être mentionnés, et la prescription doit être signée.

Les nouvelles règles prévoient en effet les informations minimales que le prescripteur doit donner. Ces informations minimales diffèrent d'ailleurs peu des exigences reprises depuis des années dans la nomenclature. C'est pourquoi aucune période transitoire n'a été fixée. En outre, le lay-out de la prescription est laissé au libre choix. Dans de nombreux cas, les formulaires existants peuvent être utilisés, éventuellement après une petite adaptation ou un petit ajout.

La mention des examens pertinents réalisés antérieurement, pour autant qu'ils soient connus, peut contribuer dans une large mesure à une meilleure évaluation du contexte clinique et à une meilleure interprétation des nouveaux résultats de l'examen. On peut éviter ainsi des examens à répétition non nécessaires.

Ces nouvelles règles vont dans le sens d'un comportement prescripteur aussi rationnel que possible des examens en imagerie médicale et tendent à éviter une exposition superflue des patients aux rayonnements ionisants. C'est certainement important pour les personnes sensibles comme les enfants et les femmes enceintes. Une communication optimale entre les prescripteurs et les radiologues contribue dans une large

onderzoeken vermelden en zich uitgebreid identificeren: stempel, naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer, handtekening en telefoonnummer. De nieuwe regels brengen dus heel wat extra administratie met zich mee voor de zorgverstrekkers, zeker omdat het nieuwe aanvraagformulier nog niet in de meeste softwarepakketten is geïncorporeerd en omdat het formulier niet elektronisch kan worden doorgestuurd. Ik erken dat administratie noodzakelijk is. Bij een goed gericht klinisch onderzoek hoort nu eenmaal een goede klinische indicatie. Een vereenvoudiging via een integratie in softwarepakketten zou alleszins een verbetering zijn.

Het is voor de meeste voorschrijvers momenteel onmogelijk om nu reeds volledig in orde te zijn met alle regels. De nieuwe regelgeving is ook vrij plots ingevoerd.

Ik heb deze vraag om uitleg reeds een tijd geleden ingediend en inmiddels is weer wat tijd verstreken.

Wat is de huidige stand van zaken met de implementatie van het nieuwe aanvraagformulier? Werden er reeds controles uitgevoerd? Zo ja, zijn hierbij reeds problemen vastgesteld?

Kan het nieuwe formulier in alle softwarepakketten worden geïntegreerd? Leidt dat tot een substantiële vermindering van de administratieve last?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik kan alleen een antwoord geven op de vragen die de heer Ide schriftelijk heeft ingediend.

Hij wijst er terecht op dat de nadruk wordt gelegd op een zo duidelijk mogelijke beschrijving van de diagnostische vraagstelling. De nodige klinische inlichtingen moeten worden vermeld zodat de klinische context voor de radioloog duidelijk is. Ook andere inlichtingen die belangrijk kunnen zijn voor de radioloog, zoals een eventuele zwangerschap, nierinsufficiëntie of allergieën, moeten worden toegevoegd. De naam, de voornaam, het adres en het RIZIV-nummer van de voorschrijver moeten worden vermeld en op het voorschrift moet een handtekening worden gezet.

De nieuwe regels bepalen inderdaad welke informatie de voorschrijver minimaal moet geven. Die minimuminformatie verschilt overigens weinig van de vereisten die reeds jaren in de nomenclatuur zijn opgenomen. Om die reden is dan ook geen overgangperiode vastgelegd. Bovendien kan de lay-out van het voorschrift vrij worden bepaald. In veel gevallen kunnen de reeds bestaande formulieren worden gebruikt, eventueel mits een kleine aanpassing of toevoeging plaatsvindt.

De vermelding van de eerder verrichte relevante onderzoeken, voor zover die bekend zijn, kan in belangrijke mate bijdragen tot een betere inschatting van de klinische context en tot een betere interpretatie van de nieuwe onderzoeksresultaten. Ook kunnen aldus niet-noodzakelijke herhalingsonderzoeken worden vermeden.

Die nieuwe regels passen in het streven naar een zo rationeel mogelijk voorschrijfgedrag voor onderzoeken en medische beeldvormingen en strekken ertoe een overbodige blootstelling van de patiënten aan ioniserende straling te vermijden. Dat is zeker belangrijk voor gevoelige groepen,

mesure à la qualité des soins ; il y va donc de l'intérêt de tous les patients.

Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement du matériel pour stomie et incontinence» (n° 5-3417)

Mme Helga Stevens (N-VA). – Les listes des produits remboursables pour la stomie et l'incontinence, applicables à partir du 1^{er} janvier 2013, prévoient 180 pièces pour trois mois si le matériel n'est pas utilisé en combinaison avec un autre système pour la stomie ou l'incontinence. En pratique, cela signifie une poche de recueil par jour pour le patient. Or un patient n'est pas l'autre et certaines personnes doivent utiliser plusieurs poches de recueil par jour en raison de facteurs externes, comme une éruption cutanée ou une irritation.

Ce procédé semble maladroit. Il s'agit d'une énième économie aveugle qui ne témoigne nullement d'une bonne gouvernance.

La ministre est-elle au courant de ce problème ? Pourquoi les listes des produits remboursables pour la stomie et l'incontinence ont-elles été modifiées, ce qui impose aux patients des frais supplémentaires ? Que fera la ministre pour remédier à cette situation ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Le patient a droit à 180 poches tous les trois mois pour la colostomie et iléostomie, si elles ne sont pas utilisées en combinaison avec d'autres systèmes de collecte ou de continence. Le patient a droit à 90 pièces tous les trois mois si elles sont combinées avec d'autres systèmes. Ces règles n'ont pas été modifiées et sont appliquées depuis 1992.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, tous les produits concernant le matériel pour stomie et incontinence sont mentionnés avec leur prix public sur la liste des produits acceptés pour le remboursement. Les bandagistes et les patients peuvent ainsi comparer les différents produits et choisir le produit en fonction du prix.

Nous sommes très conscients du fait que le remboursement actuel des poches et supports de stomie n'est pas suffisant pour tous les patients. C'est la raison pour laquelle l'INAMI prépare une nouvelle proposition concernant le remboursement du matériel pour stomie. À l'avenir, on travaillera avec un système forfaitaire et de ce fait on pourra choisir un matériel spécifique et adapté au besoin du patient.

Quand des situations exceptionnelles se présentent, il existe un forfait supplémentaire qui donne droit à du matériel en plus. Dans la réglementation actuelle, ce droit à du matériel supplémentaire n'existe pas et le patient ne peut donc

zoals kinderen en zwangere vrouwen. Een optimale communicatie tussen voorschrijvers en radiologen draagt in hoge mate bij tot de kwaliteit van de zorg, en is dus in het belang van elke patiënt.

Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van stoma- en incontinentiemateriaal» (nr. 5-3417)

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – De lijsten van de voor vergoeding aangenomen producten inzake stoma- en incontinentiemateriaal, van toepassing vanaf 1 januari 2013, voorzien in 180 stuks voor drie maanden, indien niet gebruikt in combinatie met een ander opvang-of continentiesysteem. Dit betekent voor de patiënt in de praktijk dus één stomazakje per dag. Nochtans is de ene patiënt de andere niet en zijn er individuele verschillen bij de gebruikers. Zo moeten sommige mensen meerdere stomazakjes per dag gebruiken wegens externe factoren, zoals huiduitslag of irritatie, en komen andere mensen twee of meer dagen toe met één stomazakje.

Dit lijkt een onhandige manier van werken. Het is de zoveelste blinde besparing, en geen voorbeeld van goed beleid.

Is de minister op de hoogte van dit probleem? Waarom werden de lijsten van de voor vergoeding aangenomen producten inzake stoma- en incontinentiemateriaal gewijzigd, zodat patiënten die dat materiaal nodig hebben, sinds kort met extra kosten geconfronteerd worden? Wat zal de minister hieraan doen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De patiënt heeft per drie maanden recht op 180 gesloten zakjes voor colo- en ileostomie, indien ze niet gebruikt worden in combinatie met andere opvang- of continentiesystemen. De patiënt heeft recht op 90 stuks per drie maanden, indien ze worden gecombineerd met andere opvang- of continentiesystemen. Dit systeem is niet gewijzigd en wordt sedert 1992 toegepast.

Sinds 1 januari 2010 staan alle producten inzake stoma- en incontinentiemateriaal met hun publieksprijs op de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten. Op die manier kunnen bandagisten en patiënten de verschillende producten vergelijken en hun keuze van product laten afhangen van de prijs.

We zijn er ons van bewust dat de terugbetaling van stomazakjes en -platen niet voor alle patiënten voldoende is. Daarom is het RIZIV momenteel volop bezig met het uitwerken van een nieuw voorstel inzake de terugbetaling van stomamateriaal. In de toekomst zal men met een forfaitair systeem werken. Men zal materiaal kunnen kiezen, specifiek aangepast aan de noden van de patiënt.

Indien zich uitzonderlijke toestanden voordoen, is er een bijkomend forfait dat recht geeft op extra materiaal. In de huidige regelgeving bestaat dit recht op extra materiaal echter

recevoir de remboursement supplémentaire.

La nouvelle proposition concernant le matériel pour stomie et incontinence sera en principe finalisée cette année, pour qu'elle puisse entrer en vigueur l'année prochaine.

Mme Helga Stevens (N-VA). – *J'attendrai la nouvelle proposition de l'INAMI et je l'analyserai pour voir si elle va dans la bonne direction.*

Une règle uniforme est en effet souhaitable mais il importe aussi d'être attentif aux besoins individuels de certains patients confrontés à des problèmes supplémentaires.

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le syndrome de fatigue chronique» (n° 5-3420)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – En 2012, le comité de l'assurance de l'INAMI avait décidé de ne plus financer les centres de référence pour les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique. Vous aviez alors réagi en posant votre veto à cette décision.

Il semblerait qu'un débat ait ensuite eu lieu au comité de l'assurance de l'INAMI où il aurait été suggéré que le Collège des médecins-directeurs établisse une proposition complète comprenant une alternative à la prise en charge actuelle de ces patients et des mesures transitoires pour qu'ils continuent à bénéficier d'un accompagnement.

En réponse à une demande d'explications de janvier 2013, vous aviez répondu : « L'INAMI a, en collaboration avec mon cabinet, élaboré de nouvelles mesures tenant compte des recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, le KCE. Le 14 janvier de cette année, le comité de gestion de l'INAMI a approuvé la note conceptuelle et le Collège des médecins-directeurs établira bientôt la base réglementaire à ce sujet. Ces mesures doivent maintenir l'offre de soins des centres de référence, élargir leur accès et améliorer le lien entre coûts et rendement, grâce à l'augmentation de la contribution, tant de la première ligne que de la seconde, aux soins. »

Il est important de poursuivre l'offre de soins pour les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.

Madame la vice-première ministre, pourriez-vous préciser si la base réglementaire à laquelle vous faisiez référence a déjà été adoptée ? Si non, dans quel délai le sera-t-elle ?

Avez-vous eu des contacts avec le secteur pour déterminer cette base réglementaire ? Pourriez-vous également détailler l'agenda de la mise en place des différentes mesures prévues et le budget qui y est alloué ?

Comme vous le savez, les méthodes d'accompagnement des patients souffrant du syndrome de fatigue chronique font débat. D'une part, un modèle psychosomatique soutient que le syndrome est lié à des cognitions négatives. Dans ce cas, le traitement consiste notamment en une thérapie comportementale cognitive. D'autre part, un modèle

niet, waardoor de patiënt momenteel geen bijkomende terugbetaling kan krijgen.

Het nieuwe voorstel voor stoma- en incontinentiemateriaal wordt in principe dit jaar afgerond en zal volgend jaar van toepassing zijn.

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – Ik zal het nieuwe RIZIV-voorstel afwachten, onderzoeken of het de goede richting uitgaat en eventueel terugkoppelen.

Een uniforme regel is uiteraard gewenst, maar het is ook belangrijk oog te hebben voor de individuele noden van sommige patiënten met bijkomende problemen.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het chronischevermoeidheidssyndroom» (nr. 5-3420)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *In 2012 had het verzekeringscomité van het RIZIV beslist de referentiecentra voor de patiënten die aan het chronischevermoeidheidssyndroom lijden niet langer te financieren. De minister heeft toen haar veto gesteld tegenover die beslissing.*

Er zou daarna een debat hebben plaatsgevonden in het verzekeringscomité van het RIZIV, waar zou zijn geopperd dat het College van geneesheren-directeuren een volledig voorstel opmaakt dat een alternatief bevat voor de huidige tenlasteneming van die patiënten, naast overgangsmaatregelen zodat ze van een begeleiding kunnen blijven genieten.

In antwoord op een vraag om uitleg van januari 2013 antwoordde de minister: "Het RIZIV heeft, in samenwerking met mijn kabinet, nieuwe maatregelen uitgewerkt die rekening houden met de aanbevelingen van het KCE. Het beheerscomité van het RIZIV heeft de conceptuele nota goedgekeurd op 14 januari van dit jaar en het College van geneesheren-directeuren zal de reglementaire basis hieromtrent weldra opstellen. Deze maatregelen moeten het zorgaanbod van de referentiecentra handhaven, de toegankelijkheid ervan vergroten en de verhouding tussen de kosten en het rendement verbeteren door de bijdrage van zowel de eerste lijn als de tweede lijn aan de zorgverlening te verhogen."

Het is belangrijk het zorgaanbod voor de patiënten die aan het chronisch vermoeidheidssyndroom lijden te handhaven.

Kan de minister preciseren of de reglementaire basis waarnaar ze verwees reeds werd aangenomen? Zo neen, binnen welke termijn zal dat gebeuren? Heeft de minister contacten met de sector om die reglementaire basis op te stellen? Kan ze ook preciseren wanneer de verschillende geplande maatregelen ingaan en welk budget ervoor wordt toegekend?

Er zijn uiteenlopende meningen over de begeleiding van patiënten die aan het chronischevermoeidheidssyndroom lijden. Volgens een psychosomatisch model hangt het

biomédical soutient que le syndrome peut être lié à des troubles du système nerveux et du système immunitaire. Pourriez-vous préciser si seul le modèle psychosomatique sera appliqué dans le cadre des nouvelles mesures – alors qu’il est remis en question à l’heure actuelle – ou si le modèle biomédical sera également pris en compte ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – De nouvelles mesures qui tiennent compte des recommandations du KCE ont en effet été élaborées par l’INAMI. Avec mon cabinet, le Comité de l’assurance de l’INAMI a approuvé la note conceptuelle et le Collège des médecins-directeurs établira les bases réglementaires à cet effet. Le projet de convention est en cours d’élaboration ; le but est de le finaliser dans les mois qui suivent.

Ces dernières années, l’INAMI a rencontré, à plusieurs reprises, différents experts et associations de ce secteur. Il est donc bien informé des différentes approches de ce syndrome. Dès qu’un projet de convention sera prêt, l’INAMI en discutera, notamment avec les prestataires de soins.

Les nouvelles mesures ont pour objectif de maintenir l’offre de soins des centres de référence mais d’en accroître l’accessibilité et d’en améliorer le rapport coût-efficacité, tout en augmentant la contribution de la première mais aussi de la deuxième ligne à la dispensation des soins.

Les nouvelles mesures sont les suivantes : création de centres diagnostiques interdisciplinaires dans plusieurs hôpitaux ; remboursement de la thérapie comportementale cognitive individuelle en dehors des centres, en première ligne ; thérapie d’exercices graduelle en dehors des centres, en première ligne.

Un montant de 2,3 millions d’euros est prévu en 2013, pour la création des centres et pour le remboursement de la thérapie comportementale cognitive individuelle.

La thérapie d’exercices graduelle dispensée par les kinésithérapeutes sera remboursée sur la base de la nomenclature.

Le modèle d’accompagnement qui sera appliqué n’est ni un modèle psychosomatique ni un modèle biomédical. De telles affections chroniques pour lesquelles, dans l’état actuel des connaissances scientifiques, un traitement curatif simple n’existe pas encore et qui touchent les différents domaines de fonctionnement des personnes nécessitent une approche bio-psycho-sociale réalisée par une équipe multidisciplinaire. C’est ce que recommandent différents centres d’expertise nationaux et internationaux, comme les KCE ou les Centers for Disease Control, entre autres.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je remercie Mme la vice-première ministre de ses réponses. Je trouve très intéressante l’approche bio-psycho-sociale proposée. Elle présente aussi l’avantage de sortir de la dichotomie entre le modèle psychosomatique et le modèle biomédical.

syndroom samen met een negatieve cognitie. In dat geval bestaat de behandeling uit een cognitieve gedragstherapie. Volgens het biomedische model daarentegen, kan het syndroom samenhangen met verstoringen van het zenuwstelsel en het immuunsysteem. Kan de minister preciseren of enkel het psychosomatische model zal worden toegepast in het kader van de nieuwe maatregelen – terwijl het op dit ogenblik ter discussie staat – dan wel of er ook rekening zal worden gehouden met het biomedische model?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het RIZIV heeft nieuwe maatregelen uitgewerkt die rekening houden met de aanbevelingen van het KCE. Samen met mijn kabinet heeft het verzekeringscomité van het RIZIV de conceptuele nota goedgekeurd en het College van geneesheren-directeuren zal de reglementaire basis opstellen. Het ontwerp van overeenkomst wordt momenteel uitgewerkt en zou in de komende maanden moeten worden afgerond.

De jongste jaren heeft het RIZIV meermaals verschillende experts en verenigingen uit de sector ontmoet. Het is dus goed geïnformeerd over de verschillende benaderingen van het syndroom. Zodra een ontwerpovereenkomst klaar is, zal het RIZIV ze bespreken, in het bijzonder met de zorgverstrekkers.

De nieuwe maatregelen hebben als doel het zorgaanbod van de referentiecentra te behouden, maar de toegang ertoe uit te breiden en de kosten-efficiëntieverhouding te verbeteren, terwijl de bijdrage van de eerste lijn, maar ook die van de tweede lijn tot de zorgverlening wordt verhoogd.

De nieuwe maatregelen zijn de volgende: oprichting van interdisciplinaire diagnosecentra in verschillende ziekenhuizen; terugbetaling van de individuele cognitieve gedragstherapie buiten de centra, in eerste lijn; graduele oefentherapie buiten de centra, in eerste lijn.

Er wordt in een bedrag van 23,3 miljoen euro voorzien in 2013 voor de oprichting van centra en voor de terugbetaling van de individuele cognitieve gedragstherapie.

De graduele oefentherapie die door kinesitherapeuten wordt verleend zal worden terugbetaald op basis van de nomenclatuur.

Het begeleidingsmodel dat wordt toegepast is noch een psychosomatisch model, noch een biomedisch model. Dergelijke chronische aandoeningen waarvoor met de huidige wetenschappelijke kennis nog geen eenvoudige curatieve behandeling bestaat en die betrekking hebben op verschillende gebieden van de functionering van de personen, vergen een biopsychosociale benadering door een multidisciplinair team. Dat raden de verschillende nationale en internationale expertisecentra, zoals het KCE of de Centers for Disease Control, aan.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Ik dank de vice-eersteminister voor haar antwoorden. De voorgestelde biopsychosociale benadering is zeer interessant. Ze heeft ook het voordeel af te stappen van de tweedeling tussen het psychosomatische en het biomedische model.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accueil et le traitement des auteurs de délits sexuels» (n° 5-3433)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *L'accueil et le traitement des auteurs de délits sexuels restent une matière sensible et complexe. D'une part, ces personnes ne peuvent compter sur la sympathie de la société mais, d'autre part, elles restent des êtres humains qui doivent retrouver une place dans la société après une condamnation et une peine. Certaines sont internées et disparaissent ainsi dans un circuit imprévisible. Une grande partie des détenus purgent leur peine jusqu'au bout avant d'être remis dans la société sans la moindre obligation de thérapie ou de suivi. Certains choisissent de suivre un traitement alors qu'ils sont encore en détention afin de pouvoir bénéficier d'une libération conditionnelle.*

Les possibilités d'un encadrement intensif semblent limitées et risquent encore de se réduire. Ainsi, seuls deux fois huit lits subventionnés seraient disponibles en Flandre pour les délinquants sexuels. Les conséquences se font clairement sentir. De plus en plus de personnes figurent sur une liste d'attente et plus le délai d'attente s'allonge, plus ces personnes risquent de purger leur peine sans le moindre traitement.

En résumé, on observe un malaise aigu et croissant dans l'accueil et le traitement des délinquants sexuels.

Comment la ministre évalue-t-elle les chances pour les délinquants sexuels de bénéficier d'un traitement et d'un accueil résidentiel ? Confirme-t-elle qu'il existe un problème de capacité et que la situation évolue de mal en pis ? Reconnaît-elle que le manque de places d'accueil incite les délinquants sexuels à purger leur peine sans thérapie et accompagnement, ce qui n'augure rien de bon pour leur réinsertion dans la société.

Quels sont les projets de la ministre pour satisfaire ces besoins et de quels moyens dispose-t-elle à cette fin ? Prendra-t-elle des mesures particulières à ce sujet ? Quelle est, selon elle, l'importance d'un traitement adéquat des délinquants sexuels dans l'ensemble de l'aide psychiatrique ? Discute-t-elle de ce problème avec la ministre de la Justice et les ministres des communautés ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Il y a quelques années, le gouvernement a développé un plan concernant les soins aux internés. L'objectif de ce plan était de sortir progressivement les internés des prisons et de les faire admettre dans des institutions et services de soins en vue de leur offrir les soins nécessaires et de les préparer à une réinsertion sociale. Le plan concerne l'ensemble des internés quel que soit leur trouble psychiatrique.*

Dans le cadre de cette politique, 601 lits et places ont été créés pour les internés de risque moyen, dont 225 en milieu hospitalier, 243 dans les maisons de soins psychiatriques et

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvang en behandeling van plegers van seksuele misdrijven» (nr. 5-3433)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Het opvangen en behandelen van plegers van seksuele misdrijven blijft een gevoelige en complexe zaak. Enerzijds kunnen ze niet rekenen op sympathie van de samenleving, maar anderzijds blijven ze mensen die na een veroordeling en straf opnieuw in de samenleving belanden. Sommigen van hen worden geïnterneerd, waarbij ze meestal in een onvoorspelbaar circuit verdwijnen. Een groot aantal gedetineerden zit de opgelegde straf uit, om daarna zonder verplichting tot therapie of begeleiding in de samenleving op te gaan. Sommigen kiezen voor behandeling terwijl ze nog in detentie vertoeven, om aldus een voorwaardelijke invrijheidsstelling te kunnen genieten.

De mogelijkheden voor een intensieve begeleiding lijken erg beperkt en dreigen nog in te krimpen. Zo zouden er in Vlaanderen maar tweemaal acht gesubsidieerde bedden voor seksuele plegers beschikbaar staan. De gevolgen van die krapte laten zich duidelijk voelen. Er staan steeds meer mensen op een wachtlijst en naarmate de wachttijd toeneemt, groeit ook de kans dat deze mensen kiezen voor een strafeinde zonder behandeling.

Kortom, er heerst een acute en toenemende malaise bij de opvang en behandeling van seksuele plegers.

Hoe evalueert de minister de kansen op behandeling en residentiële opvang van seksuele plegers op dit moment? Bevestigt ze dat er een capaciteitsprobleem bestaat, dat de situatie evolueert van kwaad naar erger? Beaamt ze dat het gebrek aan voldoende opvang steeds meer seksuele plegers ertoe aanzet te kiezen voor een strafeinde zonder therapie en begeleiding en dat daardoor hun re-integratie in de samenleving onder een veel minder positief gesternte verloopt?

Over welke middelen en plannen beschikt de minister om deze noden te lenigen? Zal ze hieromtrent bijzondere maatregelen nemen? Wat is volgens haar het belang van een adequate behandeling van seksuele plegers in het geheel van de psychiatrische hulpverlening? Wordt hierover overleg gepleegd met de minister van Justitie en de ministers van de gemeenschappen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Enkele jaren geleden heeft de regering een plan ontwikkeld inzake zorg aan geïnterneerden. De doelstelling van dat plan bestond erin geïnterneerden progressief uit de gevangenissen te halen en op te nemen in gezondheidszorginstellingen en -diensten, teneinde hun de nodige zorg te bieden en hen voor te bereiden op hun sociale re-integratie. Dit plan heeft betrekking op alle geïnterneerden, ongeacht hun psychiatrische stoornis.

In het kader van dit beleid werden voor *medium risk*-geïnterneerden tot nog toe 601 bedden en plaatsen gecreëerd, waaronder 225 in ziekenhuisverband, 243 in

133 dans les habitations protégées. 75 lits et places ont été réservés aux délinquants sexuels, dont 32 en hôpital (APZ Sint-Lucia à Sint-Niklaas, PC Sint-Amandus à Beernem, PZ asster à Saint-Trond et CHP Les Marronniers à Tournai), 15 dans des maisons de soins psychiatriques et 28 en habitations protégées.

Je rappelle cependant qu'il ne s'agit pas de lits agréés, mais chaque année, en plus de l'encadrement existant, un montant supplémentaire est octroyé au contractant dans son budget des moyens financiers pour lui permettre d'effectuer une mission dans le cadre du développement, pour certaines zones d'action, d'une partie du trajet de soins pour détenus et délinquants sexuels internés avec un profil de risque moyen dans le groupe cible des adultes.

Lors de la conférence interministérielle du 18 juin 2012, il a été convenu d'exécuter une nouvelle phase du plan. L'objectif final est d'organiser un réseau et un circuit de soins par cour d'appel afin de disposer de soins bien structurés et organisés pour l'ensemble des internés ayant des problèmes psychiatriques.

Pour cette phase, une enveloppe de 5 millions d'euros est disponible. Après consultation du secteur concerné, les directives suivantes sont préconisées pour l'exécution de la phase suivante du plan relatif à l'internement. Cette phase comporte trois étapes au sein de chaque cour d'appel.

Premièrement, la coordination du réseau de soins internement par l'engagement de coordinateurs du réseau de soins internement qui travaillent en pleine collaboration avec les coordinateurs des circuits de soins externes engagés par la Justice.

Deuxièmement, la création d'une équipe mobile, prévue pour le 1^{er} juillet, pour offrir des soins ambulatoires aux internés.

Troisièmement, dans l'intervalle, le coordinateur doit examiner quel est le besoin de soins des internés. Le coordinateur du réseau formulera des propositions sur la base des informations collectées, après concertation étroite avec les partenaires futurs, pour développer un réseau dans les limites du budget disponible. Des arbitrages devront sûrement avoir lieu. Le réseau avec son circuit de soins doit être conçu de telle manière que les internés puissent effectivement passer de la prison au circuit de soins, avec pour objectif leur resocialisation.

Le réseau de soins internement dont nous poursuivons la construction, ne se limite donc pas aux seules places hospitalières qui sont disponibles pour le traitement des délinquants sexuels.

Il nous faut voir comment l'ensemble des institutions de soins (résidentielles, ambulatoires et de défense sociale) peuvent offrir accompagnement, soins et réinsertion aux internés. C'est pourquoi, une coordination nationale, sur le plan des soins aux internés, est mise en place au SPF Santé publique.

Il y a aussi des contacts réguliers avec la justice concernant la construction de deux centres de psychiatrie légale, où 425 places seront aussi créées dans un proche avenir pour ce groupe cible.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *La réponse est claire en ce qui concerne les internés. Ma question portait aussi sur les*

psychiatrie verzorgingstehuizen (PVT) en 133 in initiatieven beschut wonen (IBW). Hiervan zijn 75 bedden en plaatsen voorbehouden voor seksuele delinquenten, waarvan 32 in ziekenhuizen: APZ Sint-Lucia te Sint-Niklaas, PC Sint-Amandus te Beernem, PZ asster te Sint-Truiden en CHP Les Marronniers te Doornik. Van die plaatsen zijn er 15 in PVT's en 28 in IBW's.

Dit zijn echter geen erkende bedden, maar jaarlijks wordt bovenop de bestaande omkadering aan de contractant een bijkomend bedrag toegekend in zijn budget om een opdracht uit te voeren in het kader van de uitbouw, voor bepaalde werkingsgebieden, van een gedeelte van het zorgtraject voor gedetineerde en geïnterneerde seksuele delinquenten met een *medium risk*-profiel binnen de doelgroep van de volwassenen.

In het kader van de interministeriële conferentie werd op 18 juni 2012 overeengekomen om uitvoering te geven aan een nieuwe fase van het plan. De uiteindelijke doelstelling is de organisatie van een netwerk en zorgcircuit per hof van beroep, met het oog op een goed gestructureerde en georganiseerde zorg voor het geheel van de geïnterneerden met een psychiatrische problematiek.

Voor deze fase is een enveloppe van 5 miljoen euro beschikbaar. Na consultatie van de betrokken sector worden de volgende richtlijnen vooropgesteld voor de uitvoering van de volgende fase van het plan internering. Deze fase bestaat uit drie etappes binnen elk hof van beroep. Ten eerste, de coördinatie van het zorgnetwerk internering door de aanwerving van coördinatoren van het zorgnetwerk internering die samenwerken met de coördinatoren van de externe zorgcircuits die door Justitie worden aangeworven. Twee, de oprichting van een mobiel team, verwacht tegen 1 juli om ambulante zorg aan geïnterneerden te bieden. Drie, ondertussen moet de coördinator nagaan wat de zorgbehoefte is voor geïnterneerden. De netwerkcoördinator zal op basis van de verzamelde informatie voorstellen formuleren, na nauw overleg met de toekomstige partners om een netwerk uit te bouwen binnen het beschikbare budget. Hier zullen ongetwijfeld keuzes moeten worden gemaakt. Het netwerk met zijn zorgcircuit moet zo zijn opgevat dat de geïnterneerden effectief vanuit de gevangenis kunnen doorstromen binnen het zorgcircuit, en moet zo mogelijk leiden tot hun resocialisatie.

Het zorgnetwerk internering, waarvan we de uitbouw voortzetten, is dus niet beperkt tot de plaatsen in ziekenhuizen die beschikbaar zijn voor de behandeling van seksuele delinquenten.

We moeten nagaan hoe het geheel aan zorginstellingen – residentiële, ambulante en instellingen tot bescherming van de maatschappij – zowel begeleiding, zorg en herintegratie kunnen aanbieden aan de geïnterneerden. Daarom wordt een nationale coördinatie op het vlak van de zorg voor geïnterneerden tot stand gebracht bij de FOD Volksgezondheid.

Daarnaast zijn er geregeld contacten met Justitie over de uitbouw van de twee forensisch psychiatrische centra waar in de nabije toekomst ook 425 plaatsen zullen komen voor deze doelgroep.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Dit is een duidelijk antwoord wat de geïnterneerden betreft. Mijn vraag had ook betrekking

délinquants sexuels non internés. Quand je l'ai interrogée, la ministre de la Justice a reconnu qu'elle ignorait le nombre de délinquants sexuels qui bénéficiaient d'une libération conditionnelle et celui des détenus qui optaient pour un trajet de soins. J'attire l'attention du gouvernement sur la tendance à la hausse du nombre de délinquants sexuels qui ne bénéficient pas d'une libération anticipée parce qu'ils ne le souhaitent pas, vu les conditions qui leur sont imposées. Ils purgent purement et simplement leur peine et sont libérés sans condition. Je ne sais si c'est la meilleure façon de les protéger et de protéger la société.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – M. Anciaux a raison mais cet aspect relève de la ministre de la Justice.

**Demande d'explications de
Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'obligation de déplacement des médecins de garde»
(n° 5-3453)**

Mme Dominique Tilmans (MR). – Nous revenons une fois de plus à un problème lié à la pénurie de médecins généralistes et à l'attractivité de la médecine générale, que vous connaissez bien. Ma question concerne l'obligation de déplacement des médecins généralistes qui, à mes yeux, constitue un frein pour la profession.

Voici quelques années, j'avais déposé une proposition de loi à ce sujet et dernièrement encore, j'ai rencontré quelques médecins généralistes qui m'ont à nouveau fait part des difficultés qu'ils rencontrent quotidiennement en raison de l'obligation de déplacement jusqu'au domicile du patient.

Cette obligation de déplacement engendre des pertes de temps significatives. Plus les distances sont grandes, plus cela pose problème. Ajoutez à cela les comportements abusifs de certains patients. Il me semble dès lors essentiel de mener une réflexion à ce sujet.

Cette obligation reste, pour tous les médecins généralistes, un frein majeur au bon fonctionnement des gardes, plus particulièrement dans les zones rurales où les distances à parcourir sont grandes.

Que pensez-vous de cette obligation de déplacement ? A-t-elle évolué ? Des négociations avec l'Ordre des médecins ont-elles lieu à ce sujet ?

Ne vaudrait-il pas mieux laisser au médecin un certain pouvoir d'appréciation ? Les médecins connaissent en général bien leurs patients même si le problème est plus délicat en cas de garde. Ne conviendrait-il pas dans certains cas de permettre au médecin d'évaluer l'opportunité d'un déplacement au domicile plutôt que de lui imposer une obligation inconditionnelle de déplacement ? Si l'idée ne vous paraît pas bonne, que préconisez-vous ?

op de niet-geïnterneerde gedetineerde seksuele delinquenten. Naar aanleiding van een vraag die ik gesteld heb aan de minister van Justitie, die op dat vlak bevoegd is, is gebleken dat ze niet op de hoogte is van het aantal seksuele delinquenten die onvoorwaardelijk vrijkomen of van het aantal gedetineerden die een zorgpad kiezen. Ik wijs er de regering op dat er een stijgende tendens is in het aantal plegers van seksuele misdrijven die niet vervroegd vrijkomen omdat ze dat zelf niet willen, gelet op de voorwaarden die ze anders moeten vervullen. Ze zitten thans hun straf gewoon uit en komen dan onvoorwaardelijk vrij. Ik weet niet of dit de beste manier is om zowel hen als de samenleving te beschermen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De heer Anciaux heeft gelijk, maar dat aspect valt onder de bevoegdheid van de minister van Justitie.

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verplichting voor de arts van wacht om zich te verplaatsen» (nr. 5-3453)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – De minister is goed op de hoogte van de problemen in verband met de schaarste van huisartsen en de aantrekkelijkheid van de huisartsengeneeskunde. Mijn vraag gaat over de verplichting voor huisartsen om zich te verplaatsen, wat volgens mij een minder aantrekkelijk aspect is van dit beroep.

Enkele jaren geleden had ik daarover een wetsvoorstel ingediend en onlangs ontmoette ik huisartsen die me nogmaals hebben gewezen op de moeilijkheden die ze dagelijks ondervinden omdat ze verplicht zijn huisbezoeken af te leggen bij de patiënten.

Die verplichting om zich te verplaatsen zorgt voor veel tijdverlies. Hoe groter de afstand, des te erger dat probleem is. Daarbij komt nog dat sommige patiënten daar misbruik van maken. Daarom lijkt het mij noodzakelijk om daarover na te denken.

Deze verplichting blijft voor alle huisartsen een belemmering voor de goede werking van de wachtdienst, meer bepaald in landelijke gebieden, waar de af te leggen afstanden groter zijn.

Wat denkt de minister van de verplichting om zich te verplaatsen? Is er een evolutie? Wordt hierover onderhandeld met de Orde van Geneesheren?

Zou de arts niet beter enige beoordelingsbevoegdheid krijgen? Artsen kunnen hun patiënten meestal vrij goed inschatten, ook al is dat moeilijker in het kader van de wachtdienst. Kan het in sommige gevallen aan de arts worden overgelaten om de noodzaak van een huisbezoek te evalueren, in plaats van hem te verplichten zich tot bij de patiënt te verplaatsen? Indien de minister dat geen goed idee vindt, wat stelt ze dan voor?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je partage votre analyse selon laquelle l'obligation inconditionnelle de déplacement ne correspond plus à une gestion moderne de la garde de médecine générale. Différentes méthodes peuvent actuellement être mises en place pour évaluer les besoins réels du patient, que ce soit le triage téléphonique, le télémonitoring ou d'autres techniques de communication.

Une concertation avec l'Ordre des médecins à ce sujet est en cours et un projet de texte qui précise mieux les concepts de continuité des soins aux propres patients du médecin et de permanence des soins à la population sera soumis prochainement au parlement.

Le cœur de ce problème reste la décision sur l'opportunité de la visite du médecin généraliste. Les résultats obtenus dans d'autres pays ainsi que les résultats du triage des appels au numéro 1733 en province du Luxembourg nous invitent à remettre en question le déplacement systématique au profit d'un déplacement opportun.

En ce sens, j'ai demandé à l'administration, en partenariat avec le Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes, d'organiser des tables rondes de la médecine générale en vue de réfléchir à ces différents concepts et de proposer des alternatives à l'organisation actuelle de la garde de médecine générale. Les résultats de ces réflexions seront connus à la rentrée.

En tout cas, tout semble indiquer que les protocoles de triage établis au centre d'appel 1733 se révèlent pertinents et que, grâce à leur connexion avec le 112, ils réduisent le danger pour la population.

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la problématique du burnout chez les médecins généralistes» (n° 5-3465)

Mme Dominique Tilmans (MR). – J'aimerais revenir sur un problème que j'ai déjà abordé dans une question antérieure, le burnout des médecins et en particulier des généralistes.

Le burnout, nous le savons, est le résultat de l'épuisement professionnel, de l'engagement du médecin à l'égard de ses patients ; il touche 10% des médecins généralistes.

Les médecins ont souvent une vie difficile et lourde et doivent parfois prendre des décisions délicates qui les touchent beaucoup. Ajoutez à cela l'exigence des patients, un agenda imprévisible et une surcharge de travail administratif : certains craquent, s'isolent et s'enfoncent dans une spirale où l'automédication se dessine trop souvent comme la seule solution.

Dans mon texte, j'évoquais une étude américaine mais je suppose que les résultats doivent être similaires chez nous.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes et sont préoccupants.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik ben het ermee eens dat een onvoorwaardelijke verplichting voor de arts om zich te verplaatsen niet strookt met een moderne opvatting van de wachtdienst voor huisartsen. Verschillende methodes kunnen gebruikt worden om de reële behoeften van de patiënt te beoordelen. Dat kan gebeuren door de het filteren van de oproepen via een centraal nummer, door middel van telemonitoring of andere communicatietechnieken.

Daarover wordt momenteel overleg gepleegd met de Orde van Geneesheren en binnenkort zal bij het parlement een tekst worden ingediend waarin de concepten van continuïteit van de zorg voor de eigen patiënten van de arts en van wachtdiensten beter worden omschreven.

De kern van het probleem blijft de beslissing over de noodzaak van een huisbezoek door de huisarts. Uit de resultaten in andere landen en de resultaten van de telefonische filter via het oproepnummer 1733 in de provincie Luxemburg kan worden afgeleid dat het beter zou zijn de verplaatsingen te beperken tot de gevallen waarin het noodzakelijk wordt geacht.

Daarom heb ik aan de administratie gevraagd om samen met de Federale Raad voor Huisartsenkringen rondetafelconferenties te houden over huisartsengeneeskunde om na te denken over die verschillende concepten en alternatieve oplossingen voor te stellen voor de huidige organisatie van de wachtdiensten van huisartsen. De resultaten zullen bekend zijn na de vakantie.

Alles lijkt er in elk geval op te wijzen dat de telefonische filter via het oproepnummer 1733 nuttig is en dat de risico's voor de bevolking, dankzij de verbinding met het nummer 112, verminderd zijn.

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de problematiek van de burn-out bij de huisartsen» (nr. 5-3465)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Een burn-out is een term voor het gevoel van totale uitputting en een volledig gebrek aan energie om te werken. Tien procent van de huisartsen wordt ermee geconfronteerd.

Huisartsen hebben vaak een moeilijk en zwaar leven en moeten soms delicate en emotioneel beladen beslissingen nemen. Bovendien hebben ze af te rekenen met veeleisende patiënten, een onvoorspelbare agenda en administratieve overlast. Sommigen kunnen daar niet tegenop, isoleren zich en zien zelfmedicatie als enige oplossing.

Er is een Amerikaans onderzoek, maar ik veronderstel dat de resultaten bij ons gelijkaardig zijn.

De cijfers spreken voor zich en zijn onrustwekkend. Mevrouw de minister, u hebt me op mijn vorige vraag geantwoord dat u zich zorgen maakt en dat België nog geen algemeen beleid heeft, maar dat u dat wel voor ogen hebt.

Lorsque je vous avais interrogée, vous aviez répondu, madame la ministre, que vous étiez effectivement préoccupée par la situation, que la Belgique ne menait pas encore de politique globale à ce sujet mais que vous l'envisagiez.

J'avais souligné la nécessité d'une structure d'encadrement destinée aux médecins en souffrance et vous aviez répondu, à juste titre, qu'il était impératif d'évaluer au préalable les mesures les plus pertinentes pour remédier à cette problématique qu'est le burnout des médecins.

Une convention a été signée le 5 mars 2012 entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et la Société scientifique de médecine générale dans le but précisément d'identifier les mesures à adopter. Cette convention devait, d'après vos réponses, prendre fin le 31 décembre 2012.

Pouvez-vous aujourd'hui faire le point sur les mesures issues des conclusions de cette convention ?

Peut-on espérer la publication de ce rapport ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – La problématique du burnout du médecin généraliste a fait l'objet d'une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), en collaboration avec des chercheurs de l'ULB et de la VUB. Dans ses conclusions publiées en octobre 2011, le KCE a dressé une liste de quatorze recommandations précises pouvant être mises en œuvre. À la suite de la publication de ce rapport, le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI et le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) ont chargé la Société scientifique de médecine générale (SSMG), en étroite concertation et en collaboration avec Domus Medica, d'étudier la concrétisation de ces recommandations, de présenter les actions prioritaires à mettre en œuvre, d'évaluer leur coût et de proposer un calendrier d'implémentation.

Une task force a aussi été créée pour mener à bien ces différentes missions. Trois priorités ont été fixées par les experts de la task force : la prévention du burnout du médecin généraliste, la mise en place d'un dispositif d'aide à bas seuil d'accès pour le dépistage du burnout du médecin généraliste et l'instauration d'un médecin traitant pour chaque médecin généraliste.

Le rapport a été présenté et validé durant la séance plénière du Conseil national, le 28 mai dernier. Le rapport de la task force « burnout » fera l'objet d'une très prochaine publication sur les sites internet de l'INAMI et de la SSMG. Chacun pourra ainsi en prendre connaissance. Le CNPQ transmettra le rapport ainsi que les priorités définies à la Commission nationale médico-mutualiste, sachant que l'accord national médico-mutualiste 2013-2014 prévoit dans son programme de travail la constitution d'un groupe de travail spécifique « burnout » chargé d'examiner pour la fin de 2013 dans quelle mesure une intervention pourrait être prévue pour l'ensemble des médecins concernés, en se fondant notamment sur le contenu de ce rapport.

Ik heb gewezen op de noodzaak van een omkadering voor artsen met een burn-out en u hebt terecht geantwoord dat er in de eerste plaats moet worden onderzocht welke de beste maatregelen zijn om deze problematiek aan te pakken.

Op 5 maart 2012 werd een overeenkomst ondertekend tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de Société Scientifique de Médecine Générale met het doel maatregelen uit te werken en vast te leggen. Deze overeenkomst zou, zo blijkt uit uw antwoord, op 31 december 2012 aflopen.

Kunt u ons meedelen welke maatregelen uit deze overeenkomst voortvloeien?

Zal dit rapport gepubliceerd worden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het burn-outprobleem bij huisartsen maakt deel uit van een onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, KCE, in samenwerking met onderzoekers van de ULB en de VUB. De conclusies van het KCE van oktober 2011 omvatten een lijst met veertien aanbevelingen. Na de publicatie van dit rapport hebben het verzekeringcomité van het RIZIV en de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie, NRKP, de Société Scientifique de Médecine Générale, SSMG, de opdracht gegeven om in nauw overleg met Domus Medica aanbevelingen uit te werken en een prioriteir actieplan op te zetten, de kostprijs ervan te berekenen en een implementatiekalender voor te stellen.*

Er werd eveneens een taskforce opgericht om de verschillende opdrachten uit te voeren. De experts van de taskforce hebben drie prioriteiten vastgelegd: voorkomen van burn-out bij huisartsen; laagdrempelige hulpverlening voor het opsporen van burn-out bij huisartsen; en een behandelende arts aanwijzen voor elke huisarts.

Het rapport werd voorgesteld en bekrachtigd tijdens de openbare zitting van de Nationale Raad op 28 mei jongstleden. Het rapport van de taskforce "burn-out" zal binnenkort op de websites van het RIZIV en SSMG worden gezet. Zo kan iedereen er kennis van nemen. Het NRKP zal het rapport, evenals de prioriteiten aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen bezorgen. Het akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2013-2014 voorziet in de oprichting van een specifieke burn-outwerkgroep. Die moet voor eind 2013 nagaan in welke mate, op basis van wat er in het rapport staat, bijstand kan worden verleend aan alle artsen die met een burn-out worden geconfronteerd.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Il s'agit effectivement d'un problème qui doit être pris à bras-le-corps et qui appelle des réponses pertinentes. Les médecins généralistes ne sont déjà pas très nombreux. Si en plus ils sont victimes d'un burnout...

Demande d'explications de M. Yoeri Vastersavendts à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «un arrêté ministériel portant l'interdiction de la mise sur le marché d'un produit de nettoyage» (n° 5-3485)

M. Yoeri Vastersavendts (Open Vld). – Je me réfère à l'arrêté ministériel du 5 décembre 2012 portant l'interdiction de la mise sur le marché et de l'utilisation du produit Total Clean. Il va de soi que cette interdiction entraîne d'importantes pertes pour l'entreprise concernée. Il convient de se montrer très prudent lorsque l'on instaure une telle interdiction.

D'après les considérants de l'arrêté, le Total Clean est un détergent destiné à nettoyer et remettre à neuf les sentiers, allées, ..., avec un taux d'hydroxyde de potassium de plus de 7,5%. Les détergents avec un taux d'hydroxyde de potassium de plus de 5% utilisés par pulvérisation présentent un risque de santé disproportionné. Lors de l'utilisation de pulvérisateurs défectueux, on a constaté des brûlures chez certains utilisateurs. C'est la raison pour laquelle le Total Clean a été interdit.

L'entreprise qui a mis le Total Clean sur le marché a adapté, au printemps dernier, tous les stocks de produits, à sa propre initiative, afin que le produit ne puisse plus être utilisé non dilué. Le taux d'hydroxyde de potassium lors de l'utilisation est passé largement au-dessous du seuil de 5%. De plus, l'utilisation sous forme de pulvérisateur n'est recommandée que pour l'humidification – et donc, pas pour la pulvérisation comme indiqué dans l'arrêté ministériel ou dans l'avis du Conseil supérieur de la santé –, et doit se faire à basse pression et à grosses gouttelettes afin que le produit ne puisse être inhalé. La nouvelle version du produit qui porte le même nom a été mise sur le marché après publication de l'arrêté ministériel et mentionne même que le produit dilué ne peut être utilisé avec un pulvérisateur que par des professionnels. Cette suggestion figurait dans le rapport du Conseil supérieur de la santé et visait à supprimer tout risque de santé pour l'utilisateur final ou l'environnement.

Malgré ces deux avancées, le produit ne pourrait toujours pas être vendu, selon les services d'inspection, parce qu'il porte toujours le nom Total Clean. Cette interprétation me paraît particulièrement étrange et sévère. L'interdiction n'a en effet été élaborée qu'à cause d'un soi-disant danger pour la santé publique. Le fait que l'entreprise concernée ne puisse pas vendre le produit, qui a été totalement adapté pour répondre aux remarques figurant dans l'arrêté ministériel, parce qu'il est d'une certaine marque défie toute logique. Cette décision n'est pas seulement contraire au droit des marques, elle résulte surtout d'une interprétation non conforme de l'arrêté ministériel.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Het gaat hier werkelijk om een probleem waar een oordeelkundige oplossing moet voor worden gevonden. Er zijn al niet zoveel huisartsen, en als ze dan nog te maken krijgen met een burn-out ...

Vraag om uitleg van de heer Yoeri Vastersavendts aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «een ministerieel besluit tot invoering van een verbod op het verhandelen van een reinigingsproduct» (nr. 5-3485)

De heer Yoeri Vastersavendts (Open Vld). – Ik verwijs naar het ministerieel besluit van 5 december 2012. Dit besluit voert een verbod in op de handel en het gebruik van het product Total Clean. Het spreekt voor zich dat dit verbod leidt tot zware economische schade voor het betrokken bedrijf. Er moet zeer voorzichtig omgesprongen worden met het uitvaardigen van een dergelijk verbod.

Volgens de overwegingen van het besluit is Total Clean een schoonmaakproduct voor het reinigen en als nieuw maken van paden, opritten, ... met een kaliumhydroxydegehalte van meer dan 7,5%. Schoonmaakproducten met kaliumhydroxyde van meer dan 5% die verkocht worden voor gebruik met een drukspruit houden een disproportioneel gezondheidsrisico in. Bij gebruik van defecte drukspruiten werden bij enkele gebruikers brandwonden vastgesteld. Daarom werd Total Clean verboden.

Het bedrijf dat Total Clean op de markt brengt, heeft vorig najaar alle voorraden van het product op eigen initiatief drastisch aangepast, zodat het product voortaan niet langer onverdund mag worden gebruikt. Het kaliumhydroxydegehalte bij gebruik is ver onder de drempel van 5% gezakt. Bovendien wordt de drukspruittoepassing enkel aanbevolen voor bevochtiging – en dus niet voor verstuiving, zoals vermeld in het ministerieel besluit of het verslag van de Hoge Gezondheidsraad – en voor toepassing met lage druk en grove druppel zodat het product niet kan worden ingeademd. De nieuwe versie van het product met dezelfde naam, die na het verschijnen van het ministerieel besluit op de markt gebracht is, vermeldt zelfs dat het te verdunnen product met een drukspruit enkel door professionele gebruikers mag worden aangewend. Dat was een suggestie in het verslag van de Hoge Gezondheidsraad met als doel elk risico voor de gezondheid van de eindgebruiker of de omgeving volledig weg te nemen.

Ondanks deze twee stappen zou het product volgens de inspectiediensten nog steeds niet mogen worden verkocht, omdat het nog steeds de naam Total Clean draagt. Dat lijkt me een bijzonder vreemde en hardvochtige interpretatie. Het verbod is immers enkel en alleen tot stand gekomen wegens een vermeend gevaar voor de volksgezondheid. Het tart elke logica dat het getroffen bedrijf het product, dat integraal aangepast is om tegemoet te komen de opmerkingen die in het ministerieel besluit worden vermeld, toch niet mag verkopen omdat het een bepaalde merknaam draagt. Deze beslissing is niet alleen strijdig met het merkenrecht, maar is vooral een

L'Inspection de la Santé publique devrait, d'après nos informations, prendre contact avec tous les clients de l'entreprise qui ont acheté le produit depuis le 5 décembre 2012, même si le produit répond largement, sur tous les plans, aux exigences de santé publique. Selon moi, une telle intervention pourrait donner lieu à une demande en dommages et intérêts pour atteinte à la réputation.

Que pense la ministre de cette situation ? Estime-t-elle comme moi que les changements apportés par le producteur répondent aux préoccupations de santé publique ?

La ministre peut-elle confirmer que l'article 1^{er} de l'arrêté ministériel doit être interprété conformément au contenu de l'arrêté ministériel et que l'interdiction n'est dès lors applicable que lorsque, dans le cadre de l'utilisation d'un pulvérisateur, on travaille avec un taux d'hydroxyde de potassium supérieur à 5% dans la solution de pulvérisation ?

La ministre peut-elle indiquer comment l'arrêté ministériel a été élaboré et si elle-même ou sa cellule stratégique a eu des contacts écrits ou verbaux avec les fédérations sectorielles ou d'autres entreprises que la firme concernée ?

La ministre peut-elle déjà nous assurer que les modifications apportées par le producteur, si elles sont confirmées par ses services, suffisent pour mettre le produit sur le marché sous le nom de Total Clean ? Dans la négative, quelles exigences doivent-elles encore être remplies ? La ministre peut-elle fournir une réponse détaillée ?

Lors de l'élaboration d'arrêtés ministériels interdisant des produits, organise-t-on une concertation préalable avec le producteur concerné afin qu'il puisse apporter les adaptations nécessaires ? Dans l'affirmative, pourquoi ne l'a-t-on pas fait dans le cas présent ? Dans la négative, n'est-ce pas indiqué afin d'aboutir à une solution adéquate et rapide ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Les contacts entre mon administration et le producteur de Total Clean datent du mois de juillet 2012. Ils faisaient suite à diverses annonces du Centre Antipoisons concernant des accidents imputables au produit. Le Total Clean contient de l'hydroxyde de potassium (KOH), une substance irritante, qui provoque des brûlures de la peau et des muqueuses. L'entreprise n'a toutefois apporté aucune solution efficace pour éviter ces accidents.*

En octobre 2012, j'ai reçu un avis du Conseil supérieur de la santé sur des produits utilisés par vaporisation et qui, comme le Total Clean, contiennent du KOH. Le Conseil supérieur de la santé estime que les produits contenant du KOH sont réellement dangereux. Il relève en particulier le risque de brûlures chimiques provoquant des dommages irréversibles et le risque accru de développer de l'asthme. Le Conseil supérieur de la santé recommande par conséquent d'interdire les produits à vaporiser contenant plus de 5% de KOH. Le produit Total Clean contient 7,5% de KOH.

En décembre 2012, l'entreprise concernée n'ayant pas pris de mesure efficace pour limiter les risques de leur produit, j'ai été contrainte de prendre un arrêté ministériel interdisant la mise sur le marché et l'utilisation du produit Total Clean. Le

niet conforme interpretatie van het ministerieel besluit.

De Inspectie van Volksgezondheid zou naar verluidt alle klanten van het bedrijf die het product sinds 5 december 2012 hebben afgenomen, contacteren, ook al voldoet het product dus op alle vlakken ruimschoots aan de eisen van Volksgezondheid. Een dergelijk optreden zou mijns inziens kunnen leiden tot een schade-eis wegens reputatieschade.

Hoe reageert de minister op de hierboven geschetste situatie? Is zij het met mij eens dat de door de producent doorgevoerde wijzigingen tegemoet komen aan de bezorgdheden inzake volksgezondheid?

Kan de minister bevestigen dat artikel 1 van het ministerieel besluit moet worden geïnterpreteerd conform de inhoud van het ministerieel besluit en dat het verbod dus alleen geldt wanneer er bij de toepassing met een drukspuit wordt gewerkt met een kaliumhydroxydegehalte van meer dan 5% in de spuitoplossing?

Kan de minister aangeven hoe het ministerieel besluit tot stand kwam en of zijzelf en/of haar beleidscel mondelinge of schriftelijke contacten hierover had met sectorfederaties of andere bedrijven dan het getroffen bedrijf?

Kan de minister alvast bevestigen dat de door de producent aangebrachte wijzigingen, als ze door haar diensten worden bevestigd, volstaan om het product onder de naam Total Clean op de markt te brengen? Zo neen, aan welke eisen moet nog worden voldaan? Kan de minister dat uitvoerig toelichten?

Is er bij het uitvaardigen van ministeriële besluiten die producten verbieden, voorafgaand overleg met de desbetreffende producent, zodat die zelf de nodige aanpassingen kan doorvoeren? Zo ja, waarom gebeurde dit hier niet? Zo neen, is dat niet wenselijk om tot een goede en snelle oplossing te komen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De contacten tussen mijn administratie en de producent van Total Clean dateren van juli 2012. Ze kwamen tot stand na verschillende meldingen door het antigifcentrum van ongevallen te wijten aan het product. Total Clean bevat kaliumhydroxyde (KOH), een irriterende en bijtende stof voor de huid en de slijmvliezen. Toch heeft het bedrijf geen enkele efficiënte oplossing aangebracht om deze ongevallen te vermijden.*

In oktober 2012 ontving ik een advies van de Hoge Gezondheidsraad over vernevelingsproducten die net als Total Clean KOH bevatten. Dit advies is duidelijk. De Hoge Gezondheidsraad is van oordeel dat het gevaar van producten die KOH bevatten, reëel is. De Hoge Gezondheidsraad wijst met name op het gevaar van chemische brandwonden die onomkeerbare schade veroorzaken, en op het verhoogd risico op het ontwikkelen van astma. De Hoge Gezondheidsraad beveelt bijgevolg aan om een verbod in te voeren op te vernevelen producten die meer dan 5% KOH bevatten. Het product Total Clean bevat 7,5% KOH.

In december 2012 was ik, bij gebrek aan een efficiënte maatregel vanwege het bedrijf om de risico's van hun product te beperken, genoodzaakt een ministerieel besluit af te kondigen dat het op de markt brengen en het gebruik van

produit est toujours le même qu'en 2012 et contient toujours 7,5% de KOH. À ce jour, l'entreprise concernée ne s'est toujours pas conformée à l'arrêté ministériel. Le produit représente dès lors toujours un danger pour la santé publique et l'interdiction est toujours applicable.

Je déduis des nombreux contacts que j'ai avec les fédérations sectorielles qu'elles insistent pour que les entreprises, y compris celle dont il est question, respectent la législation.

Je demande dès lors au producteur de Total Clean de se conformer à l'arrêté ministériel du 5 décembre 2012 et, par exemple, de diluer le produit afin de réduire la concentration de KOH.

M. Yoeri Vastersavendts (Open Vld). – *La firme dit qu'elle a fait le nécessaire pour adapter le produit. Le mode d'emploi indique très clairement que le produit ne peut être utilisé non dilué, le taux de KOH devant être inférieur au seuil de 5% visé par l'arrêté ministériel. Les services de la ministre considèrent que le taux de KOH est toujours trop élevé. Je note cependant que la ministre est d'accord sur le fait que, si le produit contient moins de 5% de KOH, il peut être mis sur le marché sous le nom de Total Clean. L'Inspection de la Santé publique affirme en effet que tout produit portant ce nom est interdit.*

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les antidépresseurs» (n° 5-3490)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Les antidépresseurs et les hypertenseurs sont moins chers depuis le 1^{er} mai. Cette baisse des prix est une bonne chose pour l'INAMI qui espère ainsi réaliser une économie annuelle de quinze millions d'euros et pour les patients qui verront leur contribution personnelle diminuer grâce à une baisse du ticket modérateur.

Mais cette baisse des prix ne doit pas masquer une autre réalité qui est la surconsommation des antidépresseurs dans notre pays : 1,1 million de patients seraient, semble-t-il, sous antidépresseurs en Belgique et, l'an dernier, les Belges auraient consommé six millions de boîtes d'antidépresseurs. Cette très large consommation est problématique et des mesures devraient être prises pour lutter contre ce phénomène.

Madame la ministre, pourriez-vous nous informer du travail mené par la cellule « Politique de Santé Drogues » dont font partie les sept ministres de la Santé de notre pays, étant donné l'importance de la concertation dans ce domaine ? Quelles mesures sont-elles envisagées par cette cellule pour lutter contre ce phénomène de surconsommation d'antidépresseurs : des campagnes de prévention destinées aux citoyens, comme cela a été le cas pour les somnifères et les calmants ? Des campagnes d'information ciblant les prestataires de soins, campagnes qui pourraient avoir un impact important sur la consommation d'antidépresseurs ?

En juin 2012, vous annonciez la mise en place d'une

Total Clean interdit. Het product Total Clean is nog steeds hetzelfde als in 2012. Het bevat nog steeds 7,5% KOH. De betrokken firma heeft zich tot op vandaag nog niet geconformeerd aan het ministerieel besluit. Het product betekent dus nog steeds een gevaar voor de volksgezondheid en het verbod is nog steeds van kracht.

Uit de vele contacten met de sectorale federaties maak ik op dat ze erop aandringen dat de bedrijven, inclusief te firma in kwestie, de wetgeving naleven.

Ik verzoek de producent van Total Clean dus om zich te conformeren aan het ministerieel besluit van 5 december 2012 en, bijvoorbeeld, het product te verdunnen om de KOH-concentratie te verminderen.

De heer Yoeri Vastersavendts (Open Vld). – De firma zegt dat ze het nodige heeft gedaan om het product aan te passen. De gebruiksaanwijzing vermeldt zeer duidelijk dat het product niet onverdund mag worden gebruikt, zodat het KOH-gehalte bij gebruik onder de 5%-drempel ligt die bedoeld wordt in het ministerieel besluit. De diensten van de minister zeggen dat het KOH-gehalte nog altijd te hoog is. Ik noteer wel dat de minister het ermee eens is dat, indien het product minder dan 5% KOH bevat, het op de markt mag worden gebracht, onder de naam Total Clean. De Inspectie van Volksgezondheid beweert immers dat een product met die naam sowieso verboden is.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de antidepressiva» (nr. 5-3490)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Antidepressiva en bloeddrukverlagende middelen zijn sinds 1 mei goedkoper. Die prijsverlaging is een goede zaak voor het RIZIV, dat hoopt op die manier jaarlijks vijftien miljoen euro te besparen. Ook de patiënten zien hun persoonlijke bijdrage naar beneden gaan ingevolge de daling van het remgeld.*

Deze prijsdaling mag echter een andere realiteit niet verhullen, namelijk de overconsumptie van antidepressiva in ons land: naar het schijnt zouden in België 1,1 miljoen patiënten antidepressiva nemen. Afgelopen jaar werden zes miljoen dozen antidepressiva verkocht. Deze vrij hoge consumptie is problematisch. Er moeten maatregelen worden genomen om dit fenomeen te bestrijden.

Mevrouw de minister, kunt u ons informeren over het werk van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs, waarvan de zeven ministers van Volksgezondheid in ons land deel uitmaken? Welke maatregelen overweegt deze cel om het fenomeen van de overconsumptie van antidepressiva te bestrijden: preventiecampagnes voor de burgers, zoals voor slaap- en kalmeermiddelen, informatiecampagnes voor zorgverstrekkers, campagnes die een grote impact kunnen hebben op het gebruik van antidepressiva?

In juni 2012 hebt u de oprichting van een wetenschappelijk platform aangekondigd op het ministerie van Volksgezondheid. Dat platform zou campagnes uitwerken over het problematisch gebruik van psychotrope middelen. In

plate-forme scientifique, au ministère de la Santé, chargée d'élaborer et de mener des campagnes sur la consommation problématique de psychotropes. Cette structure devrait mener ses premières actions concrètes en 2013 : des guides de bonne pratique seraient diffusés auprès des médecins et des pharmaciens. Pourriez-vous nous informer des travaux réalisés jusqu'à présent par cette plate-forme et des travaux en cours ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Les antidépresseurs n'entrent pas dans le cas spécifique de la CIM Drogues ; celles-ci sont définies comme des substances psychoactives illégales ou légales, ces dernières étant limitées au tabac, à l'alcool, aux somnifères et aux calmants. En revanche, la plate-forme scientifique Psychotropes est bien compétente en la matière.

Il importe de rappeler qu'il existe de nombreux canaux d'information vers les prestataires et qu'il est nécessaire de conserver une forte cohérence et une grande lisibilité. C'est pourquoi la plate-forme s'est penchée dans un premier temps sur la rédaction d'un projet de vision globale.

Deux projets transversaux ont été décidés, à savoir le développement d'une stratégie de communication et la mise en place d'un monitoring effectif de la consommation de psychotropes. La problématique de la consommation d'antidépresseurs ayant été jugée prioritaire, la plate-forme a lancé une série d'actions – toutes encore en phase préparatoire. Un budget a été obtenu auprès de l'INAMI afin de mener auprès des prescripteurs une campagne d'information et de sensibilisation au bon usage des antidépresseurs. Cette campagne repose sur des directives en cours de rédaction ; elles seront diffusées en 2014. La plate-forme a également proposé et obtenu l'inscription au programme 2013 du Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) d'une étude sur la pratique clinique relative aux antidépresseurs et à la psychothérapie dans le traitement de la dépression majeure.

Aucune action « grand public » n'est prévue à ce stade ; une campagne de sensibilisation comme celle menée pour les calmants et les somnifères que vous évoquez ne serait pas forcément pertinente. Les experts s'accordent notamment pour considérer que les antidépresseurs sont sous-utilisés dans le traitement des dépressions les plus sévères. Une campagne « grand public » visant à diminuer la consommation n'est sans doute pas adéquate.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – J'entends qu'on est en train de mettre en œuvre les conclusions de la plate-forme ; il est donc difficile de juger de la pertinence des actions proposées. Je suppose que les actions prévues en 2013-2014 seront évaluées en 2015.

Vous avez évoqué le caractère non pertinent des campagnes d'information « grand public ». Cette opinion découle-t-elle d'une concertation avec le KCE, avec l'INAMI, avec les médecins... ?

2013 worden de eerste concrete acties verwacht. Zo zouden good practice-gidsen bij artsen en apothekers verdeeld worden. Kunt u ons informeren over wat tot nu toe is gerealiseerd en over de werkzaamheden die bezig zijn?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Antidepressiva vallen niet specifiek onder de IMC Drugs. Ze worden gecatalogiseerd als illegale of legale psychoactieve middelen. Tabak, alcohol, slaap- en kalmeermiddelen worden als legale middelen beschouwd. Het Wetenschappelijk platform Psychofarmaca is bevoegd voor antidepressiva.

Er bestaan verschillende informatiekanalen naar dienstverleners. Daarbij moet eenduidig en duidelijk leesbaar worden gecommuniceerd. Het platform heeft daarom in eerste instantie een algemeen beeld ontwikkeld.

Er zijn twee multidisciplinaire projecten, namelijk de ontwikkeling van een communicatiestrategie en effectieve controle op het gebruik van psychofarmaca. Het probleem van het gebruik van antidepressiva is prioritair. Het platform heeft een aantal acties gelanceerd, maar deze zijn nog in de voorbereidingsfase. Het RIZIV heeft een budget vrijgemaakt om bij de voorschrijvers een informatie- en sensibiliseringscampagne te voeren over het juiste gebruik van antidepressiva. Die campagne is gebaseerd op richtlijnen die momenteel worden opgesteld en die in 2014 zullen worden verspreid. Het platform heeft eveneens bekomen dat een onderzoek naar de klinische praktijken in verband met antidepressiva en psychotherapie bij de behandeling van majeure depressie wordt opgenomen in het programma 2013 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

In dit stadium is geen actie voor het grote publiek gepland; een sensibiliseringscampagne zoals voor slaap- en kalmeermiddelen is niet echt relevant. Deskundigen zijn het er met name over eens dat antidepressiva in een te lage dosis worden voorgeschreven voor de zwaarste gevallen van depressie. Een algemene campagne om het gebruik te verminderen is zeker niet doeltreffend.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Blijkbaar is men de conclusies van het platform aan het toepassen; het is dus moeilijk te oordelen over de relevantie van de voorgestelde acties. Ik veronderstel dat de acties die voorzien zijn voor 2013-2014 in 2015 zullen worden geëvalueerd.

U hebt gezegd dat grootschalige informatiecampagnes niet zinvol zijn. Vloeit dit standpunt voort uit het overleg met het KCE, met het RIZIV, met artsen ... ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – C'est l'avis des experts.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – J'en prends bonne note et vous remercie.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la menace pesant sur le fonctionnement des hôpitaux à cause de la pénurie croissante de médecins et de dentistes» (n° 5-3496)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Les communautés sont compétentes en matière de formation des médecins et des dentistes ainsi que pour l'instauration éventuelle d'un examen d'entrée et/ou d'un numerus clausus. Leur politique dans ce domaine peut toutefois avoir des effets indésirables sur la qualité des services médicaux des hôpitaux, dans lesquels l'échelon fédéral est fortement impliqué.*

La politique de la Communauté flamande suscite des interrogations. L'examen d'entrée en médecine et en dentisterie, obligatoire en Flandre, vise à ajuster l'afflux dans ces proportions médicales aux besoins de la population.

Les spécialistes se posent des questions. Les chiffres sur lesquels se base le contingentement ne seraient pas suffisamment étayés. Les répercussions sont une distorsion du marché, une pénurie et donc une hausse des coûts. Les universités francophones, qui ne limitent pas les entrées de cette manière, diplôment un nombre double ou triple de médecins et de dentistes. Cela se ressent à Bruxelles, où l'on observe une pénurie d'acteurs de la santé néerlandophones. Le nombre restreint d'étudiants en médecine à la VUB fait aussi peser une menace sur la formation en néerlandais à Bruxelles.

Par ailleurs, côté flamand, le contingentement a des conséquences néfastes sur la diversité socioéconomique et ethnique des diplômés. Ce sont surtout les jeunes issus de familles modestes ou de la diversité ethnico-culturelle qui restent sur le carreau. En outre, le niveau de l'école secondaire joue un rôle important. Les chances des candidats venant d'établissements « faibles » sont moindres, alors qu'ils disposent souvent de capacités intrinsèques suffisantes, et le démontreront dans la suite de leurs études.

Une analyse des effets de la politique de la Communauté flamande à cet égard établit que l'amélioration espérée ne s'est pas concrétisée. Il apparaît que beaucoup d'étudiants recalés à l'examen d'entrée s'orientent vers les sciences biomédicales ou similaires, pour se réinscrire parfois, mieux armés, à l'examen. Ce n'est pas ainsi qu'on fait des économies sur les frais de formation, au contraire.

Bref, un regard critique sur la politique flamande de limitation des inscriptions aux études de médecine et de dentisterie identifie, même à court terme, une menace sur la qualité des soins hospitaliers, en tout cas à Bruxelles et en

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Dat is het advies van experts.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik noteer het, mevrouw de minister en dank u voor het antwoord.*

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de gevolgen van het toenemend tekort aan artsen en tandartsen voor het functioneren van de ziekenhuizen» (nr. 5-3496)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – De opleiding tot arts en tandarts en de beslissing om voor die opleidingen een toelatingsexamen en/of een numerus clausus in te voeren behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Toch kan een beleid op dat vlak tot een ongewenst effect op de medische dienstverlening in de ziekenhuizen leiden, waardoor er uiteraard een hoge federale betrokkenheid ontstaat.

Zeker met betrekking tot het beleid van de Vlaamse Gemeenschap rijzen vragen. Het in Vlaanderen verplichte toelatingsexamen voor geneeskunde en tandarts beoogt om de instroom van die medische beroepen in een juiste verhouding te brengen tot de noden van de bevolking.

Specialisten stellen daarbij steeds meer vragen. Zo zou de beperking van de instroom niet gebaseerd zijn op voldoende onderbouwde cijfers. De gevolgen daarvan worden merkbaar in een verstoorde marktwerking, het ontstaan van schaarste en dus de stijging van de kostprijs. Dat de Franstalige universiteiten de instroom niet op die manier beperken, heeft als gevolg dat er vanuit de Franstalige universiteiten twee tot driemaal zoveel artsen en tandartsen uitstromen. Dat laat zich voelen in het al kwestieuze tekort aan Nederlandstalige hulpverleners in Brussel. De lage instroom in de artsenopleiding van de VUB bedreigt ook de Nederlandstalige opleiding in Brussel.

Daarnaast blijkt de Vlaamse instroombeperving negatief te wegen op de sociaaleconomische en etnische diversiteit bij de afgestudeerden. Vooral jongeren uit minder welvarende gezinnen en gezinnen van etnisch-cultureel diverse afkomst blijken – meer dan noodzakelijk en gewenst – uit de boot te vallen. Daarbij speelt ook het niveau van de middelbare school een erg bepalende rol. Kandidaten uit zogenaamde “zwakke” scholen maken minder kans, terwijl ze intrinsiek vaak over voldoende capaciteiten beschikken, wat ze ook bewijzen in hun later studietraject.

Een analyse van de effecten van het beleid van de Vlaamse Gemeenschap dienaangaande wijst erop dat de beoogde verbetering niet wordt behaald. Zo blijkt dat een groot deel van de studenten die niet in de ingangsproof zijn geslaagd, zich oriënteert naar biomedische of aanverwante wetenschappen, soms om later, beter gewapend, opnieuw aan de ingangsproof deel te nemen. Dat effect is zeker niet kostenbesparend op het niveau van de opleidingen. Integendeel.

Région flamande, ce qui pose un défi à l'échelon fédéral.

Comment la ministre apprécie-t-elle les différents arguments tendant à prouver que la politique flamande de restriction à l'entrée aux études de médecine et de dentisterie n'atteint pas son but ? Une concertation est-elle possible ? Que pourrait-on faire ou que fait-on pour amener la Communauté flamande à une meilleure perception ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Le Conseil des ministres détermine les chiffres du contingentement sur avis de la Commission de planification – offre médicale. Les chiffres proposés par la Commission de planification sont le fruit d'une modélisation mathématique de scénarios conçus à partir d'avis d'experts et de choix politiques et stratégiques. Les chiffres fixés dans les arrêtés royaux sont des maximaux globaux, par communauté, laissant une large marge de manœuvre pour la répartition entre les différentes spécialités médicales. J'ai, pour ma part, proposé de prévoir des valeurs minimales pour les professions en pénurie structurelle, entre autres la médecine générale et la gériatrie.*

La mise en œuvre de mesures au niveau de la formation pour arriver en bout de course aux valeurs fixées au niveau fédéral relève de la compétence des communautés. Je me borne à constater que des méthodes différentes ont été choisies dans chaque communauté ; en tant que ministre fédérale, il ne m'appartient pas de les commenter ou les de critiquer.

Je plaide en tout cas pour revoir le système de contingentement au niveau fédéral, et ce, non seulement pour les spécialités médicales, mais pour toutes les professions médicales. Je préconise aussi de sortir d'un simple régime de numerus clausus pour aller vers un vrai système de planification, permettant d'anticiper les problématiques en termes d'offre de soins. Il s'agit cependant d'un autre débat.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je comprends que la ministre s'abstienne de commentaires sur ses homologues de la Communauté flamande.*

La proposition de la ministre de passer du numerus clausus à un système de planification est sage. Vu la pénurie de médecins, de dentistes et autres, il est incompréhensible que l'on s'accroche aux examens d'entrée. J'admets qu'ils étaient nécessaires jadis, mais la situation a changé. Dans certains hôpitaux – en Flandre ou dans les institutions flamandes de Bruxelles – un réel problème se fait sentir. La santé publique est en jeu.

Kortom, kritische afwegingen van het Vlaamse beleid inzake de beperking van de instroom naar de opleiding van arts en tandarts wijzen, zelfs op korte termijn, op een bedreiging van de kwaliteit van de medische verzorging in de ziekenhuizen, zeker in Brussel en het Vlaamse Gewest. Daardoor ontstaat meteen een federale uitdaging.

Hoe evalueert de minister de verschillende argumenten voor de stelling dat het Vlaamse beleid om de instroom voor de studies van arts en tandarts te beperken, niet aan de beoogde doelstellingen beantwoorden? Kan er overleg worden gepleegd? Wat kan er gebeuren of wat gebeurt er om de Vlaamse Gemeenschap tot een beter inzicht te brengen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De Ministerraad bepaalt de contingentering op basis van het advies van de Planningscommissie medisch aanbod. De door de planningscommissie voorgestelde contingentering is het resultaat van een mathematisch model, op basis van scenario's die vanuit deskundigenadviezen en strategische en politieke keuzes zijn opgesteld. De cijfers die bij koninklijk besluit worden bepaald, zijn globale maximumcijfers per gemeenschap, waarbij er een ruime marge blijft om die cijfers over de verschillende medische specialiteiten te verdelen. Van mijn kant heb ik voorgesteld om voor de structurele knelpuntberoepen minimumwaarden te bepalen, onder meer voor de huisartsengeneeskunde en de gériatrie.

De uitwerking van maatregelen op het vlak van de opleiding om de cijfers te bereiken die op federaal niveau zijn bepaald, valt onder de bevoegdheid van elke gemeenschap. Ik beperk me tot de vaststelling dat elke gemeenschap verschillende methodes heeft gekozen. Het komt mij als federaal minister geenszins toe om die te becommentariëren of te bekritisieren.

Ik pleit er in elk geval voor om het contingenteringssysteem op federaal vlak te herbekijken, niet alleen voor de medische specialiteiten, maar voor alle medische beroepen. Ik pleit er ook voor om van een eenvoudig systeem van numerus clausus naar een echt planningssysteem over te stappen waarmee op de zorgaanbodproblematiek kan worden geanticipeerd. Dat is echter een ander debat.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik begrijp dat de minister geen commentaar kan geven op collega's van de Vlaamse gemeenschap.

Het voorstel van de minister om over te stappen van een systeem van numerus clausus naar een planningssysteem is een wijs voorstel. Het is onbegrijpelijk dat men op een moment van schaarste aan huisartsen, tandartsen en nog enkele andere knelpuntberoepen wanhopig blijft vasthangen aan toelatingsexamens. Ik begrijp dat dit vroeger noodzakelijk was, maar vandaag is de situatie anders. In een aantal ziekenhuizen – zeker in Vlaanderen en in Vlaamse ziekenhuizen in Brussel – ontstaat echt een probleem. De volksgezondheid dreigt in gevaar te komen.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la menace représentée par la cinquième édition du manuel psychiatrique *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*» (n° 5-3497)

M. Bert Anciaux (sp.a). – Cette question peut sembler technique mais, étant donné que je suis de près le dossier de l'internement et de la psychiatrie, je voudrais poser quelques questions sur le *Diagnostic and Statistical Manual*, le *DSM-5*, qui sert de manuel aux psychiatres.

Dans son livre *Saving Normal*, le psychiatre américain Allen Frances, célèbre dans le monde entier, livre son témoignage sur la menace que représente le *DSM-5*. Il a autrefois été collaborateur et même rédacteur au *DSM-IV* mais il fait aujourd'hui une analyse accablante du dernier manuel. Sans beaucoup de réserve, il indique qu'aux États-Unis, les médicaments prescrits tuent davantage de personnes que les drogues et qu'il voit la même évolution en Europe.

Sa critique virulente vise l'industrie pharmaceutique. Celle-ci tente et réussit constamment à introduire des nouveaux syndromes pour lesquels il existe bien entendu des médicaments spécifiques. Frances renvoie à son expérience avec le *DSM-IV*. Une demande d'inscription de 94 nouvelles affections a été adressée à la rédaction mais, finalement, deux d'entre elles seulement ont été reprises, à savoir le syndrome d'Asperger en tant que forme atténuée de l'autisme et du trouble bipolaire II. Le secteur pharmaceutique s'attendait bien entendu à ce que la mention de ces affections en augmente le nombre de diagnostics. Mais l'effet a été saisissant : ce nombre a doublé parmi les adultes et il a même été multiplié par 40 parmi les enfants. C'est de la folie pure !

Lors de la présentation du *DSM-5*, Allen Frances a constaté avec horreur l'enthousiasme qui a accompagné l'introduction d'un certain nombre de nouveaux syndromes, selon lui très contestables. Frances ne reproche pas tellement aux rédacteurs d'être corrompus par l'industrie pharmaceutique mais bien de défendre des petits domaines de recherche dont ils apprécient la reconnaissance à l'échelon international. Allen Frances parle d'hyperspécialisation ; l'inscription de cas marginaux dans le manuel mène à une augmentation du nombre de diagnostics de l'affection, avec les médicaments spécialisés y afférents.

La conclusion de son analyse critique n'ignore pas l'importance de décrire clairement les troubles graves ; environ de 5% des personnes sont concernées. Celles-ci méritent en effet un traitement adéquat. Frances s'interroge surtout sur les diagnostics de nombreuses formes atténuées d'affections psychiques, qui s'avèrent toujours plus lourdes, souvent parce que c'est nécessaire pour obtenir l'assistance et l'accompagnement nécessaires.

L'introduction d'un type de diagnostic préventif mène à une forte croissance du marché des médicaments préventifs. Ces derniers causent souvent beaucoup plus de dégâts que de guérisons mais ils sont particulièrement rentables. De telles zones grises sont a fortiori très présentes dans les diagnostics

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de bedreigende impact van de vijfde uitgave van psychiatrie werkgid *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*» (nr. 5-3497)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Dit lijkt misschien een technische vraag, maar aangezien ik het dossier van internering en psychiatrie van nabij volg, wil ik toch enkele vragen stellen over het *Diagnostic and Statistical Manual*, *DSM-5*, dat als handboek voor psychiaters geldt.

In zijn boek 'Terug naar normaal' (*Saving Normal*) getuigt de wereldberoemde Amerikaanse psychiater Allen Frances over de bedreigende impact van *DSM-5*. Allen Frances was zelf ooit medewerker en zelfs redacteur van *DSM-IV*, maar maakt nu een vernietigende analyse van het nieuwe handboek. Zonder veel terughoudendheid stelt hij letterlijk: "In de VS vallen meer doden door medicijnen op voorschrift dan door drugs. Die evolutie zie ik ook in Europa".

De kern van zijn beenharde kritiek is gericht op de farmaceutische industrie. Die poogt en slaagt erin om steeds nieuwe ziektebeelden te introduceren, waarvoor uiteraard specifieke medicatie bestaat. Frances verwijst naar zijn ervaringen met *DSM-IV*. Bij de redactie was er een aanvraag om 94 nieuwe aandoeningen op te nemen, maar uiteindelijk werden maar twee daarvan opgenomen, namelijk Asperger als milde vorm van autisme en bipolaire stoornis II. De farmaceutische sector verwachtte uiteraard dat de opname van die aandoeningen een hoger aantal diagnoses van die aandoeningen tot gevolg zou hebben. Het effect was echter overweldigend: het aantal diagnoses verdubbelde bij volwassenen en bij kinderen was er zelfs een verveertigvoudiging. Dat is pure waanzin!

Bij de voorstelling van *DSM-5* hoorde Allen Frances met afschuw het enthousiasme aan waarmee een aantal nieuwe, maar volgens hem erg betwistbare ziektebeelden werd geïntroduceerd. Frances verwijt de redacteurs niet zozeer corruptie onder druk van de farmaceutische industrie, maar wel dat ze ijveren voor diverse kleine onderzoeksgebiedjes die ze graag internationaal erkend zien. Allen Frances gewaagt van een hyperspecialisering; het feit dat een aantal marginale cases in het handboek worden opgenomen leidt tot een onstuitbare verspreiding en toename van het aantal diagnoses van de aandoening, met de daaraan gekoppelde gespecialiseerde medicatie.

De slotsom van zijn kritische analyse gaat niet voorbij aan het grote belang om ernstige stoornissen duidelijk te beschrijven; het gaat dan over ongeveer 5% van de mensen. Die mensen verdienen immers een adequate behandeling. Frances stelt zich vooral vragen bij de diagnoses van veel milde vormen van psychische aandoeningen, die steeds zwaarder uitvallen, vaak omdat ze nodig zijn om de nodige hulp en begeleiding te verkrijgen.

De introductie van een soort preventieve diagnose leidt tot een grote groei van de markt voor preventieve geneesmiddelen. Die veroorzaken vaak veel meer schade dan

psychologiques et psychiatriques – qui ne sont pas toujours délimités avec précision – d'affections légères. Au départ de réactions humaines normales en cas de problèmes humainement lourds, on en arrive à conclure à des syndromes sérieux. Allen Frances plaide pour une intervention des pouvoirs publics. Il s'attend à ce que la politique de ces derniers limite l'industrie pharmaceutique. Il fait une comparaison avec la mise au pas de l'industrie du tabac.

J'appelle la ministre à s'attaquer à l'industrie pharmaceutique en vraie Jeanne d'Arc, mais elle ne doit pas pour autant mourir sur le bûcher. Si elle parvient à remporter le combat, elle pourra selon moi être canonisée.

Comment la ministre évalue-t-elle l'analyse accablante du DSM-5 par le psychiatre Allen Frances ? Qu'envisage-t-elle de faire pour discipliner l'industrie pharmaceutique ? De quels instruments et méthodes dispose-t-elle pour contrer et maîtriser la transformation indésirable de syndromes atténués en diagnostic psychiatrique ?

J'ai peut-être un peu trop d'espoir. Je sais que les choses ne sont pas aussi simples. Mais j'espère que la ministre voudra aussi se lancer dans cette bataille.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Le manuel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, de l'American Psychiatric Association décrit et classifie les symptômes et caractéristiques des troubles psychiatriques et est selon moi subordonné à la relation patient-médecin. Au sein de cette relation, le diagnostic et le traitement des affections psychiatriques, et d'ailleurs de toutes les autres affections, doivent en premier lieu se baser sur les plaintes et l'examen du patient en tenant compte de sa situation personnelle.*

De ce point de vue, l'influence d'un manuel comme le DSM doit rester subordonnée à la relation patient-médecin tant pour le diagnostic des maladies que pour la prescription de médicaments. Je plaide dès lors pour que l'on utilise le DSM comme système de classification des maladies psychiatriques, ce pour quoi il a été développé. Il vise à permettre de comparer des groupes de troubles grâce à des définitions claires assorties de critères auxquels le patient doit satisfaire pour être classé dans un groupe donné.

Je constate aussi que le DSM-5, vu globalement, recense moins de troubles que les versions précédentes.

D'une part, un certain nombre de troubles ont été regroupés sous un même dénominateur ; d'autres n'ont plus été repris. Le regroupement de différentes formes d'autisme sous le trouble du spectre autistique et la disparition du syndrome d'Asperger en sont des exemples.

D'autre part, une série de nouveaux troubles ont été ajoutés pour mieux refléter les phénomènes médicaux et sociaux. Je pense notamment à l'assuétude au jeu.

genezing, maar blijken bijzonder winstgevend. Zeker in de niet altijd scherp te begrenzen psychologische en psychiatische diagnostiek van milde aandoeningen komen dergelijke grijze zones veel voor. Daarbij worden normale menselijke reacties bij zware menselijke problemen steeds meer en steeds vaker afgeleid naar een ernstig ziektebeeld.

Allen Frances pleit voor een overheidsingrijpen. Hij verwacht dat het overheidsbeleid de farmaceutische industrie inperkt. Hij maakt de vergelijking met de disciplinerende van de tabaksindustrie.

Ik roep de minister op als een ware Jeanne d'Arc de farma-industrie te lijf te gaan, maar ze hoeft in die strijd uiteraard niet op de brandstapel te sneuvelen. Als ze er echter in slaagt die strijd te winnen, mag ze van mij heilig worden verklaard.

Hoe evalueert en waardeert de minister de vernietigende analyse van psychiater Allen Frances over DSM-5? Wat kan en wat zal ze doen om de farmaceutische industrie discipline bij te brengen? Over welke instrumenten en methodes beschikt de minister om de ongewenste omzetting van milde stoornissen in een psychiatische diagnostiek te counteren en te beheersen?

Misschien ben ik iets te hoopvol. Ik weet dat de zaken niet zo eenvoudig zijn. Ik hoop echter dat de minister mee de strijd wil aangaan.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het handboek Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, wordt opgesteld en uitgegeven door de American Psychiatric Association. Het bevat een omschrijving en classificatie van de symptomen en kenmerken van psychiatische stoornissen en is volgens mij ondergeschikt aan de relatie tussen arts en patiënt. Binnen die relatie moeten de diagnose en de behandeling van psychiatische aandoeningen, en trouwens ook van alle andere aandoeningen, in de eerste plaats uitgaan van de klachten en het onderzoek van de individuele patiënt. Daarbij moet rekening worden gehouden met de persoonlijke situatie van de betrokkene.*

Vanuit dat standpunt moet de invloed van een handboek zoals DSM ondergeschikt blijven aan die relatie tussen arts en patiënt, en dat zowel voor de diagnose van ziektebeelden als voor het voorschrijven van medicatie. Ik pleit er dan ook voor DSM te gebruiken waarvoor het is ontwikkeld, namelijk als een classificatiesysteem voor psychiatische aandoeningen. Het heeft als doel een onderlinge vergelijking van groepen van stoornissen mogelijk te maken door ondubbelzinnige definities op te stellen met criteria waaraan iemand voldoen om in een bepaalde groep te worden ondergebracht.

Voorts stel ik vast dat DSM-5 in totaal minder stoornissen telt dan zijn voorgangers. Enerzijds werd een aantal stoornissen onder eenzelfde noemer samengevoegd; andere werden niet meer opgenomen. De samenvoeging van verschillende vormen van autisme onder de autismspectrumstoornissen en de verdwijning van het syndroom van Asperger zijn hiervan voorbeelden. Anderzijds werden enkele nieuwe stoornissen toegevoegd om maatschappelijke en medische fenomenen te

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Selon moi, l'Asperger vient d'être ajouté dans le DSM-5, et non supprimé, mais c'est un détail.*

Je suis d'accord avec le ministre lorsqu'elle dit que le manuel doit être totalement subordonné à la relation médecin-patient. Elle dit aussi que le DSM est un simple système de classification. J'espère qu'il ne servira pas de bible dans le diagnostic de diverses formes de comportement perturbant. Environ la moitié des personnes internées dans les prisons sont cataloguées comme étant atteintes d'un trouble de la personnalité de type antisocial. On peut aussi en retrouver au parlement.

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le volontariat international» (n° 5-3501)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Des organisations, y compris des organisations de jeunesse reconnues, développent des projets et des échanges internationaux. Elles permettent à des Belges de participer à des activités de volontariat à l'étranger et d'accueillir des volontaires étrangers en Belgique.

Ces programmes doivent être encouragés car ils valorisent les échanges culturels et la participation active des citoyens.

Malheureusement, les projets de ces organisations sont parfois limités à cause des règles en matière d'indemnités prévues par la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

Il est clair que le volontaire doit exercer son activité sans rétribution. Personne ne souhaite d'ailleurs remettre en cause ce principe fondamental. Cependant, une indemnité est possible pour couvrir les frais supportés.

Dans le contexte d'échanges internationaux, ces frais peuvent être importants : transport depuis le pays d'origine, logement, etc. Les plafonds prévus par la loi de 2005 sont rapidement dépassés dans ce type de projet.

L'article 12 de la loi du 3 juillet 2005 autorise le Roi à relever les plafonds pour certaines catégories de volontaires, mais cette possibilité n'a jamais été utilisée.

Madame la ministre, envisagez-vous de relever les plafonds fixés pour les indemnités perçues dans le cadre spécifique des projets internationaux reconnus ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Jusqu'à présent, je n'ai reçu aucune demande de la part d'organisations de jeunesse pour augmenter les indemnités forfaitaires relatives à ces activités. Si les organisations estiment qu'une exception à ces indemnités légales est nécessaire, elles peuvent toujours introduire une demande argumentée. Cette demande sera examinée et le Conseil*

weerspiegelen. Ik denk hierbij aan gokverslaving.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Volgens mij is Asperger net in de nieuwe DSM-5 toegevoegd, en niet geschrapt, maar dat is een detail.

Ik ben het met de minister eens dat het handboek volledig ondergeschikt moet zijn aan de relatie tussen arts en patiënt. Ze zegt ook dat DSM louter een classificatiesysteem is. Ik hoop dat het niet als een bijbel wordt gebruikt om diverse vormen van storend gedrag te diagnosticeren. Ongeveer de helft van de geïnterneerden in de gevangenissen zit vast onder het mom van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ook in het parlement zijn die terug te vinden.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het internationale vrijwilligerswerk» (nr. 5-3501)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Organisaties, waaronder erkende jongerenorganisaties, werken projecten uit en organiseren internationale uitwisselingen. Ze maken het Belgen mogelijk deel te nemen aan vrijwilligersactiviteiten in het buitenland en buitenlandse vrijwilligers op te vangen in België.*

Die programma's moeten worden aangemoedigd, want ze bevorderen de culturele uitwisselingen en de actieve participatie van de burgers.

Jammer genoeg worden de projecten van die organisaties vaak beperkt als gevolg van de regels inzake vergoedingen, bepaald in de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers.

Het is duidelijk dat de vrijwilliger zijn activiteit onbezoldigd uitoefent. Niemand wil overigens tornen aan dit fundamentele principe. Er is wel een vergoeding mogelijk voor de gemaakte kosten.

In de context van internationale uitwisselingen kunnen die kosten oplopen: vervoer uit het land van herkomst, verblijf, enz. Bij dit soort projecten zijn de plafonds bepaald in de wet van 2005, al snel overschreden.

Artikel 12 van de wet van 3 juli 2005 machtigt de Koning de bedoelde bedragen te verhogen voor specifieke categorieën van vrijwilligers, maar daar wordt vrijwel nooit gebruik van gemaakt.

Is de minister van plan de plafonds voor de vergoedingen die ontvangen worden in het kader van erkende internationale projecten te verhogen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik heb nog nooit een vraag gekregen van jeugdverenigingen om de forfaitaire vergoedingen voor hun activiteiten te verhogen. Als de verenigingen menen dat een uitzondering op deze wettelijke vergoedingen noodzakelijk is, kunnen ze altijd een geargumenteerde verzoek indienen. Dat verzoek zal dan worden onderzocht en de Hoge Raad voor Vrijwilligers zal*

supérieur des volontaires sera consulté.

J'attire l'attention sur le fait que la loi sur les volontaires prévoit le choix entre deux systèmes d'indemnités.

Premièrement : les indemnités de frais forfaitaires. Les montants pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013 sont de 32,71 euros par jour et de 1 308,38 euros par an. La réalité et l'étendue de ces frais ne doivent pas être prouvées, il s'agit de montants forfaitaires.

Deuxièmement : les indemnités de frais réels. Le total des indemnités reçues par le volontaire de l'organisation peut couvrir davantage de frais que ceux constatés légalement. Aucune cotisation de sécurité sociale ne doit être payée si la réalité et le montant de ces frais peuvent être démontrés à l'aide de documents probants.

Un volontaire qui choisit une indemnité réelle pour son travail volontaire doit donc prouver la réalité et le montant de ces frais à l'aide de documents probants. Il n'y a aucun lien avec les montants forfaitaires que j'ai mentionnés.

Si l'indemnité kilométrique est indiquée comme une réelle indemnité, celle-ci doit être prouvée, par exemple à l'aide de factures ou d'autres documents.

Si un volontaire peut prouver des frais réels, même s'ils sont plus élevés que les montants des indemnités forfaitaires, il sera toujours considéré comme volontaire.

Les indemnités de frais forfaitaires ne doivent pas être prouvées, contrairement aux indemnités de frais réels, mais les montants que j'ai cités ne peuvent pas être dépassés.

Le volontaire ne peut donc pas combiner des indemnités de frais forfaitaires et réels. Cependant, le volontaire qui reçoit des indemnités de frais forfaitaires peut les combiner à un remboursement de frais de transport limité à 2 000 kilomètres par an.

Le volontaire qui fait plus de 2 000 kilomètres par an peut évidemment toujours être remboursé si les frais sont prouvés, mais il ne peut les combiner à une indemnité de frais forfaitaires.

Je plaiderai avec force, dans le cadre de mes compétences, en faveur d'une meilleure harmonisation au niveau européen des différentes législations nationales pour que ces jeunes puissent déployer leurs activités de volontaires sans trop d'entraves administratives tant en Belgique qu'à l'étranger.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le dossier médical global» (n° 5-3546)

M. Louis Ide (N-VA). – *Dernièrement, le Journal du médecin a annoncé que les maisons médicales prolongeaient automatiquement le 1^{er} janvier les dossiers médicaux globaux de tous les patients inscrits sans que le patient soit présent ou donne son consentement et même lorsque le patient n'est pas domicilié au même endroit. Je suppose que cette information*

worden geraadpleegd.

De wet op de vrijwilligers voorziet in de keuze tussen twee vergoedingssystemen:

Ten eerste: de forfaitaire kostenvergoeding. De bedragen voor de periode van 1 januari 2013 tot 30 december 2013 zijn vastgesteld op 32,71 euro per dag en 1 308,38 euro per jaar. De realiteit en de omvang van deze kosten moeten niet bewezen worden omdat het om forfaitaire bedragen gaat.

Ten tweede: de reële kostenvergoeding. Het totaal van de door de vrijwilliger van de organisatie ontvangen vergoedingen mag meer dan de wettelijk bepaalde kosten dekken. Er moet geen sociale zekerheidsbijdrage worden betaald als de realiteit en het bedrag van deze kosten kunnen worden aangetoond aan de hand van bewijskrachtige documenten.

Een vrijwilliger die een reële kostenvergoeding voor zijn vrijwilligerswerk verkiest, moet dus de realiteit en het bedrag van die kosten aantonen aan de hand van bewijskrachtige documenten. Er is geen enkel verband met de genoemde forfaitaire bedragen.

Indien kilometervergoeding als een reële vergoeding wordt aangegeven, moet dat bewezen worden, bijvoorbeeld aan de hand van facturen of andere documenten.

Als een vrijwilliger die reële kosten kan bewijzen, ook als ze meer bedragen dan de forfaitaire vergoedingen, zal hij nog altijd beschouwd worden als vrijwilliger.

In tegenstelling tot de reële kosten, moeten de forfaitaire kosten niet bewezen worden, maar ze mogen niet hoger liggen dan de bedragen die ik heb genoemd.

De vrijwilliger kan dus niet forfaitaire en reële kostenvergoedingen combineren. De vrijwilliger die een forfaitaire kostenvergoeding krijgt, kan deze evenwel combineren met een terugbetaling van zijn reiskosten, met een beperking tot 2 000 kilometer per jaar.

De vrijwilliger die meer dan 2 000 kilometer per jaar aflegt, kan uiteraard altijd worden terugbetaald als hij zijn kosten bewijst, maar hij kan ze niet combineren met een forfaitaire kostenvergoeding.

In het kader van mijn bevoegdheid pleit ik dan ook ten zeerste voor een betere harmonisatie op Europees niveau van de verschillende nationale wetgevingen opdat deze jongeren hun vrijwilligersactiviteiten zonder al te veel administratieve hinderpalen zouden vervullen, zowel in België als in het buitenland.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het globaal medisch dossier» (nr. 5-3546)

De heer Louis Ide (N-VA). – Onlangs meldde *Artsenkrant* dat wijkgezondheidscentra de globale medische dossiers van alle ingeschreven patiënten op 1 januari automatisch verlengen, zonder aanwezigheid of toestemming van de patiënt en zelfs wanneer de patiënt er niet gedomicilieerd is. Ik veronderstel dat deze informatie correct is.

est exacte.

C'est le médecin généraliste habituel du patient qui est censé tenir à jour le dossier médical global. Il s'agit en principe du médecin généraliste de l'endroit où le patient est domicilié. On ne peut, par exemple, admettre qu'une maison médicale de Louvain où un étudiant s'est rendu une fois tienne automatiquement le dossier médical global de ce patient et pas le généraliste habituel qui suit ce patient depuis longtemps. J'estime que le médecin généraliste habituel doit être prioritaire. Les mutualités peuvent d'ailleurs y veiller facilement.

Que pense la ministre de ce raisonnement ? Pense-t-elle comme moi que le dossier médical global doit se trouver chez le médecin généraliste habituel du patient de l'endroit où celui-ci est domicilié ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *C'est le point 2.2. de la circulaire du 25 juin 2010 de l'INAMI aux organismes assureurs qui règle les modalités et le calendrier des paiements des dossiers médicaux globaux aux maisons médicales. Pour chaque bénéficiaire dont le dossier médical global est géré par les médecins de la maison médicale, l'organisme assureur paie une fois par année les honoraires pour la gestion du dossier médical global. Pour chaque bénéficiaire diabétique dont les objectifs de l'accompagnement ont été discutés et notés tant dans le passeport du diabète que dans le dossier médical global, l'organisme assureur paie en sus, une fois par année, les honoraires pour l'utilisation d'un passeport diabète.*

Entre le 30 mars et le 5 avril de chaque année, la maison médicale envoie à l'organisme assureur sur papier une liste des bénéficiaires inscrits au 1^{er} janvier de l'année et des bénéficiaires utilisant un passeport diabète à la même date.

Le système de paiement des dossiers médicaux globaux aux maisons médicales est donc directement lié au système d'inscription des bénéficiaires. Il est tenu compte des inscrits le 1^{er} janvier de chaque année, mais cela n'implique pas que les paiements se fassent également le 1^{er} janvier.

L'autre question de M. Ide doit être vue dans le cadre global du paiement forfaitaire des centres de santé et à la lumière de la législation à ce sujet, telle que définie dans l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52 de de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, relatifs aux maisons médicales. La donnée centrale de cette question est qu'un bénéficiaire s'inscrit comme patient dans une maison médicale. L'article 15, §2, de l'arrêté royal précité stipule que le patient confie la gestion de son dossier médical global au médecin généraliste ou aux médecins qui travaillent dans un groupe de prestataires de soins. Le formulaire d'inscription qui doit être signé à l'inscription comprend très clairement une clause disant que l'inscription implique aussi que le dossier médical global du patient sera géré par les médecins de la maison médicale.

Il est aussi clair que si le patient n'est plus inscrit dans la maison médicale, la gestion de son dossier médical global disparaît aussi. Chaque patient qui a été inscrit peut dénoncer cette inscription avant la fin de chaque mois, précise l'article 17 de l'arrêté royal qui ajoute que

De vaste huisarts van de patiënt wordt verondersteld het globaal medisch dossier bij te houden. In principe is dat de huisarts in de thuisbasis van de patiënt, daar waar hij gedomicilieerd is. Het kan bijvoorbeeld toch niet dat een student in Leuven één keer bij een wijkgezondheidscentrum langsgaat en dat het centrum van dan af automatisch het globaal medisch dossier van deze patiënt bijhoudt ten nadele van de reguliere huisarts in de thuisbasis, die de patiënt al langer volgt. Volgens mij moet de reguliere huisarts voorrang krijgen. De ziekenfondsen kunnen daar trouwens gemakkelijk op toekijken.

Hoe staat de minister tegenover deze redenering? Is ze het ermee eens dat het globaal medisch dossier zich moet bevinden bij de vaste huisarts van de patiënt, daar waar hij gedomicilieerd is?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Punt 2.2 van de circulaire van 25 juni 2010 van het RIZIV aan de verzekeringsinstellingen bepaalt voor de wijkgezondheidscentra de regels en betalingswijze voor het globaal medisch dossier. De verzekeringsinstelling betaalt één keer per jaar de honoraria voor het beheer van het globaal medisch dossier van elke rechthebbende wiens globaal medisch dossier door de artsen van het wijkgezondheidscentrum wordt beheerd. De verzekeringsinstelling betaalt bovendien één keer per jaar de honoraria voor het gebruik van een diabetespaspoort voor elke rechthebbende diabeticus wiens begeleidingsdoelstellingen werden besproken en zowel in het diabetespaspoort als in het globaal medisch dossier werden genoteerd.

Tussen 30 maart en 5 april van elk jaar zendt het wijkgezondheidscentrum de verzekeringsinstellingen op papier een lijst met het aantal rechthebbenden dat op 1 januari van dat jaar was ingeschreven én het aantal rechthebbenden dat op dezelfde datum een diabetespaspoort gebruikte.

Het betalingssysteem voor de wijkgezondheidscentra is dus rechtstreeks gekoppeld aan het inschrijvingssysteem van de rechthebbenden. Het houdt rekening met de inschrijvingen op 1 januari, maar dat betekent niet dat de betalingen ook op 1 januari worden uitgevoerd.

De andere vraag van de heer Ide moet worden gezien in het algemene kader van de forfaitaire betaling van de wijkgezondheidscentra. De regelgeving daarvoor is opgenomen in het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52 van de ziekteverzekeringwet voor de wijkgezondheidscentra. Centraal punt in deze kwestie is dat een rechthebbende zich als patiënt in een wijkgezondheidscentrum inschrijft. Artikel 15, paragraaf 2, van het koninklijk besluit stipuleert dat de patiënt bij inschrijving het beheer van zijn globaal medisch dossier toevertrouwt aan de huisarts of huisartsen die er in de groep zorgverstrekkers werken. Het formulier dat voor de inschrijving moet worden ondertekend, bevat zeer duidelijk de clausule dat inschrijving ook inhoudt dat het globaal medisch dossier van de patiënt door de artsen van het centrum wordt beheerd.

Indien de patiënt niet meer in het wijkgezondheidscentrum is

l'inscription expire à la fin du mois qui suit celui pendant lequel la dénonciation a été communiquée à l'organisme assureur ou à la maison médicale.

Le système des inscriptions garantit que les bénéficiaires peuvent toujours exercer leur droit au libre choix du dispensateur de soins et le droit de modification de ce choix, comme le précise l'article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

M. Louis Ide (N-VA). – *Puis-je poser le problème de manière concrète ? C'est la période des examens et les étudiants résident plus souvent dans leur cité universitaire. S'ils ont besoin d'une aide médicale, ils se rendent dans une maison médicale pour une consultation unique et restent par ailleurs suivis par leur généraliste habituel à l'endroit de leur domicile. Ce généraliste habituel est alors pénalisé puisque le dossier médical global est transféré de fait à la maison médicale. Il faut résoudre ce problème. Comment la ministre voit-elle les choses ? Les mutualités doivent pouvoir veiller à ce que le généraliste habituel conserve le dossier médical global et la rémunération pour la gestion de celui-ci. Voilà l'essentiel de ma question.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Je soumettrai ce cas spécifique à l'INAMI.*

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le fractionnement du plasma sanguin» (n° 5-3547)

M. Louis Ide (N-VA). – *C'est actuellement la Croix-Rouge qui prélève le plasma sanguin. En revanche, le fractionnement du plasma sanguin humain se fait aussi dans d'autres institutions. Que ce fractionnement soit également ouvert aux entreprises privées par le biais d'une adjudication publique est une bonne chose mais risque de nous mettre en désaccord avec la législation européenne.*

Il est essentiel que la Belgique dispose de suffisamment de plasma et que l'approvisionnement national soit garanti. C'est pourquoi des accords rigoureux de prix doivent être conclus et pris en compte dans les adjudications publiques. Nous devons tirer les leçons de la mauvaise expérience scandinave.

La ministre connaît-elle déjà le coût du fractionnement ?

Existe-t-il une garantie tarifaire pour les hôpitaux ? La ministre peut-elle assurer que les hôpitaux n'auront pas à supporter la facture de cette mesure ?

La ministre s'est-elle déjà entretenue avec l'organisation représentative des hôpitaux ? Le fera-t-elle ? Si oui, quand ? Si non, la ministre voit-elle une autre manière d'associer les

ingeschreven, wordt zijn globaal medisch dossier er natuurlijk niet meer beheerd. Iedere patiënt kan zijn inschrijving opzeggen voor het einde van elke maand, zo bepaalt artikel 17 van het koninklijk besluit. Dat voegt eraan toe dat de inschrijving een einde neemt op het einde van de maand volgend op de maand waarin de opzegging aan de verzekeringsinstelling of het wijkgezondheidscentrum is meegedeeld.

Dat inschrijvingsstelsel garandeert dat de rechthebbenden steeds hun recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en hun recht op wijziging van deze keuze kunnen uitoefenen, zoals beschreven in artikel 6 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

De heer Louis Ide (N-VA). – *Mag ik het probleem even concreet schetsen? Het is nu de examenperiode en studenten verblijven dan wat langer dan anders in hun universiteitsstad. Als ze medische hulp nodig hebben, gaan ze naar een wijkgezondheidscentrum voor een eenmalige consultatie, terwijl ze eigenlijk worden gevolgd door hun vaste huisarts in hun thuisbasis. Op dat ogenblik wordt de vaste huisarts eigenlijk gepenaliseerd, want het globaal medisch dossier gaat de facto over naar het wijkgezondheidscentrum. Dat probleem moet worden opgelost. Hoe ziet de minister dat? De ziekenfondsen moeten er toch voor kunnen zorgen dat de echte huisarts het globaal medisch dossier ter beschikking krijgt en ook de vergoeding voor het beheer ervan. Dat is de essentie van mijn vraag.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Ik zal deze specifieke situatie aan het RIZIV voorleggen.*

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de fractionering van bloedplasma» (nr. 5-3547)

De heer Louis Ide (N-VA). – *Het afnemen van bloedplasma gebeurt vandaag door het Rode Kruis. Fractionering van menselijk bloedplasma daarentegen gebeurt ook in andere instellingen. Naar aanleiding van haar beleidsbrief van een aantal maanden geleden ben ik hierover met de minister al in discussie gekomen. Dat deze fractionering via een openbare aanbesteding ook wordt opgesteld voor private ondernemingen is een goede zaak, maar zo dreigen we ook in conflict te komen met de Europese wetgeving.*

Het is wel belangrijk dat er in België voldoende plasma beschikbaar blijft en dat er garanties zijn voor de nationale bevoorrading. Daarom moeten er harde prijsafspraken worden gemaakt waar we bij de openbare aanbestedingen rekening mee moeten houden. We moeten lessen trekken uit het Scandinavisch verhaal, waar een en ander serieus is fout gelopen.

Heeft de minister al zicht op de kostprijs van fractionering?

Is er een tariefgarantie voor de ziekenhuizen? Kan de minister verzekeren dat de factuur van deze maatregel niet wordt doorgeschoven naar de ziekenhuizen?

hôpitaux ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Dans le cadre du budget 2013, il a été décidé de procéder à une réforme des produits stables de plasma à partir du 1^{er} juillet. Cette réforme est en préparation et s'approchera des recommandations que le Centre fédéral d'expertise a formulées dans son rapport Comment assurer l'autosuffisance de la Belgique en dérivés stables du plasma ?*

Cette étude plaide pour qu'une politique d'autosuffisance soit menée, conformément aux recommandations européennes. Il est aussi demandé une plus grande transparence des activités et des flux financiers des acteurs concernés.

Un projet de loi est en préparation, il sera présenté au Conseil des ministres avant les vacances. On essaiera de réaliser les objectifs susmentionnés.

À ce sujet, je tiens aussi à vous dire que j'ai introduit une demande d'avis au Conseil supérieur de la Santé concernant le système d'autosuffisance et sa délimitation. En cas de pénurie de dérivés stables du plasma sur le marché, l'autosuffisance vise à assurer un traitement adéquat des patients belges. Le projet de loi définira clairement le rôle des différents acteurs dans le cadre de l'autosuffisance.

Pour atteindre la transparence demandée par le KCE et tenir compte du contexte juridique européen, on proposera à l'avenir, dans le cadre de l'autosuffisance, sur la base du plasma acquis en Belgique par des dons volontaires et non rémunérés à la Croix-Rouge, d'octroyer le fractionnement à un acteur sur la base d'une adjudication publique.

Il est donc impossible dans l'état actuel des choses de présupposer le coût. La question sera d'abord débattue au sein du gouvernement. Il n'y a pas encore eu de concertation spécifique sur cette problématique, sauf avec le service du sang de la Croix-Rouge à qui la finalité de la réforme a été expliquée.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je me réjouis que la ministre tire les leçons des expériences étrangères pour éviter les pénuries. Je ne la suis cependant pas totalement. Elle parle d'une adjudication publique, d'un niveau européen, du don gratuit et du fractionnement, etc. Peut-elle toutefois garantir que les hôpitaux n'auront pas à supporter le coût sans même savoir de quel budget il s'agit ? Il faut peut-être poser la question au Conseil supérieur de la santé ou au Centre d'expertise. Il est peut-être opportun de convenir d'un prix mais cela doit alors se faire en concertation avec les hôpitaux qui doivent savoir précisément à quoi s'en tenir. Il s'agit en effet d'un montant considérable pouvant atteindre, si je ne m'abuse, de 8 à 9 millions d'euros.*

Heeft de minister al overleg gepleegd met de koepels van de ziekenhuizen? Zal dit nog gebeuren? Zo ja, wanneer? Zo neen, ziet de minister een andere manier om de ziekenhuizen te betrekken?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – In het kader van de begroting voor 2013 werd beslist vanaf 1 juli de sector van de stabiele plasmaproducten te hervormen. Deze hervorming wordt nu voorbereid en zal aansluiten bij de aanbevelingen die het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg formuleerde in zijn rapport *Hoe zelfvoorziening in stabiele plasmaderivaten voor België verzekeren?* In die studie wordt gepleit voor een beleid inzake zelfvoorziening conform de Europese aanbeveling ter zake. Er wordt ook gepleit voor een grotere transparantie in de activiteiten en financiële stromen van de betrokken actoren. Er is momenteel een wetsontwerp in voorbereiding dat vóór het reces aan de Ministerraad zal worden voorgelegd en waarin wordt getracht om voormelde doelstellingen te realiseren.

In dat verband heb ik de Hoge Gezondheidsraad ook om advies gevraagd over het systeem van zelfvoorziening en de afbakening ervan. Zelfvoorziening zorgt ervoor dat ook bij het falen van de markt Belgische patiënten adequaat kunnen worden behandeld met de therapeutisch noodzakelijke stabiele plasmaderivaten. Het wetsontwerp zal de rol van de verschillende actoren in de zelfvoorziening duidelijk definiëren.

Om te komen tot de transparantie die het Kenniscentrum vraagt en rekening houdend met de Europeesrechtelijke context zal bovendien worden voorgesteld de fractionering van plasma dat in België vrijwillig en onbezoldigd via het Rode Kruis wordt gedoneerd, in de toekomst aan een actor toe te wijzen op basis van een openbare aanbesteding.

In de huidige stand van zaken kan ik onmogelijk iets over de kostprijs zeggen. De kwestie moet eerst binnen de regering worden besproken. Over deze problematiek hebben we nog geen specifiek overleg gepleegd. Enkel aan de Dienst voor het Bloed van het Rode Kruis hebben we de doelstellingen van de hervorming toegelicht.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik ben blij dat de minister lessen trekt uit ervaringen in het buitenland, zodat we tekorten vermijden. Toch volg ik haar niet helemaal. Ze spreekt van een openbare aanbesteding, van een Europees niveau, van kosteloze donatie versus fractionering ... Kan de minister echter garanderen dat de kostprijs niet naar de ziekenhuizen wordt doorgeschoven zonder dat die daarvan op de hoogte zijn en zonder dat ze zelfs weten over welk budget het in feite gaat. Misschien moeten we die vraag stellen aan de Hoge Gezondheidsraad of aan het Kenniscentrum. Misschien is het gerechtvaardigd om een prijszetting af te spreken, maar dan moet dat gebeuren in overleg met de ziekenhuizen en moeten die zeer goed weten waar ze aan toe zijn. Het gaat immers over een aanzienlijk bedrag. Als ik me niet vergis kan dat tot 8 à 9 miljoen euro oplopen.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de l'Avastin pour les tumeurs cérébrales» (n° 5-3548)

M. Louis Ide (N-VA). – *Ma question concerne l'Avastin, médicament visant à prévenir la récurrence du glioblastome. Le budget du programme médical d'urgence est épuisé. A-t-on entre-temps dégagé une nouvelle marge budgétaire ?*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Le comité d'accompagnement se réunira à la mi-juin. Le rapport de l'AFMPS de début mai sera présenté à cette réunion ainsi que l'évaluation budgétaire des factures de 2012. Sur la base des avis et des dernières données, je prendrai une décision en ce qui concerne le programme médical d'urgence et son financement par la sécurité sociale.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Je reviendrai sur cette question fin juin.*

Demande d'explications de M. Richard Miller à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les femmes victimes d'une mutilation des organes génitaux» (n° 5-3553)

M. Richard Miller (MR). – Comme vous le savez, le SPF Santé publique a publié les résultats d'une étude de prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique. Elle a été réalisée par l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, avec le soutien d'un comité d'accompagnement. Cette étude estime à 22 840 le nombre de femmes et de filles originaires d'un pays où les mutilations génitales féminines sont pratiquées. Parmi elles, 6 260 sont « très probablement déjà excisées » et 1 975 seraient « à risque d'excision », soit une population cible totale de 8 235 femmes et filles.

Madame la ministre, vous avez pris plusieurs mesures à ce sujet. Vous avez notamment sollicité l'avis du Conseil supérieur de la santé quant à un éventuel remboursement de la chirurgie reconstructrice du clitoris, après excision des organes génitaux externes. Sur cette base, vous vous étiez engagée à examiner la possibilité de remboursement de l'acte médical.

Dans son avis du 5 août 2009, le Conseil supérieur de la santé a recommandé le remboursement par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. J'ai pour ma part déposé une proposition de loi afin que ces mesures soient inscrites dans le droit belge. Une telle inscription est-elle nécessaire ou est-il déjà possible de prendre des dispositions ?

Quelles suites avez-vous données ou comptez-vous donner à l'avis du Conseil supérieur de la santé concernant le remboursement par l'INAMI des mesures accompagnatrices et de la reconstruction chirurgicale du clitoris ? Quelles

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van Avastin voor hersentumoren» (nr. 5-3548)

De heer Louis Ide (N-VA). – Mijn vraag gaat over Avastin, een geneesmiddel voor recidive glioblastoma. Het budget voor een *Medical Need Program* was opgebruikt. Is er intussen al weer budgettaire ruimte?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het begeleidingscomité vergadert midden juni. Het rapport van het FAGG van begin mei zal op die vergadering voorgelegd worden, evenals de budgettaire evaluatie van de facturen van 2012. Op basis van de adviezen en de laatste gegevens zal ik een beslissing nemen over het *Medical Need Program* en de financiering ervan door de sociale zekerheid.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik zal er eind juni op terugkomen.

Vraag om uitleg van de heer Richard Miller aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vrouwen die het slachtoffer zijn van genitale verminking» (nr. 5-3553)

De heer Richard Miller (MR). – *De FOD Volksgezondheid heeft de resultaten bekendgemaakt van een studie over de prevalentie van het risico op vrouwelijke genitale verminking in België, die door het Instituut voor tropische geneeskunde in Antwerpen werd uitgevoerd met de steun van een begeleidingscomité. Volgens deze studie komen naar schatting 22 840 vrouwen en meisjes uit landen waar genitale verminking wordt toegepast. Onder hen zijn er 6 260 die zeer waarschijnlijk besneden zijn en 1 975 die het risico lopen om besneden te worden. Het gaat dus over een totale doelpopulatie van 8 235 vrouwen en meisjes.*

De minister heeft hieromtrent een aantal maatregelen genomen. Zo heeft ze het advies van de Hoge Gezondheidsraad gevraagd in verband met een eventuele terugbetaling van een clitorisreconstructie, na excisie van de uitwendige geslachtsorganen. Op basis daarvan heeft ze beloofd de mogelijkheid van terugbetaling van de medische ingreep te onderzoeken.

In zijn advies van 5 augustus 2009 heeft de Hoge Gezondheidsraad de terugbetaling door het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering aanbevolen.

Ik heb een wetsvoorstel ingediend om deze maatregelen op te nemen in Belgisch recht. Is dat nodig, of kunnen nu al maatregelen worden getroffen?

Welk gevolg heeft de minister gegeven, of zal ze geven aan het advies van de Hoge Gezondheidsraad met betrekking tot de terugbetaling door het RIZIV van de begeleidende

conditions les femmes concernées devront-elles remplir pour bénéficier de cette intervention de l'INAMI ? Quelles seront les modalités du remboursement ? Quel sera le budget consacré à cette mesure ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – C'est effectivement un domaine dans lequel je me suis investie avec des associations comme le GAMS et des professionnels qui en ont fait une spécialité dans certains hôpitaux. Nous avons travaillé sur l'information et la prévention.

Dans le cadre de l'élaboration du budget 2013, j'ai aussi obtenu le financement de deux nouvelles initiatives en marge des économies consenties, l'une d'entre elles concernant l'accompagnement psycho-médical des femmes victimes de mutilations génitales problématiques. Cette initiative est développée au sein de l'INAMI en collaboration avec toute une série de partenaires. Il s'agit dans ce cas de conventions de revalidation conformément aux articles 22, 6° et 23, paragraphe 3 de la loi AMI. L'INAMI est en train de préparer le cahier des charges et un appel à projets sera ensuite lancé. Cette initiative mettra l'accent sur l'accompagnement psycho-médical de femmes victimes de mutilations génitales et qui souffrent de séquelles physiques et mentales.

La reconstruction clitoridienne fera probablement aussi partie de cette initiative dont, je le rappelle, les modalités exactes ne sont pas encore arrêtées. Il s'agit d'un travail multidisciplinaire, raison pour laquelle on parle d'un travail psychosocial. Le budget est actuellement fixé à 500 000 euros sur base annuelle.

M. Richard Miller (MR). – Je remercie la ministre de sa réponse et de l'attention qu'elle porte à cette problématique. Si je vous comprends bien, madame la ministre, la reconstruction clitoridienne pourrait faire partie d'une décision de la convention de revalidation, mais ce n'est pas encore certain.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Ce sera plus que probablement le cas, mais j'attends les résultats du travail réalisé par l'INAMI avec les experts.

M. Richard Miller (MR). – Dans ce cadre-là, une initiative législative n'est pas nécessaire.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je ne le pense pas.

maatregelen en de chirurgische clitorisreconstructie? Welke voorwaarden moeten de betrokken vrouwen vervullen om deze tegemoetkoming van het RIZIV te kunnen genieten? Wat zullen de voorwaarden zijn voor de terugbetaling? Welk budget wordt uitgetrokken voor deze maatregel?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het gaat hier om een situatie die ik van nabij volg, in samenwerking met verenigingen als GAMS en professionele hulpverleners in bepaalde ziekenhuizen die zich daarin hebben gespecialiseerd. We concentreren ons op informatie en preventie.*

In het kader van de opmaak van de begroting 2013 heb ik de financiering van twee nieuwe initiatieven verkregen, waarvan één betrekking heeft op de psycho-medische begeleiding van vrouwen die het slachtoffer zijn van een problematische genitale verminking. Dit initiatief wordt door het RIZIV uitgewerkt, in samenwerking met een aantal partners. Het gaat om overeenkomsten inzake revalidatie krachtens de artikelen 22, 6° en 23, paragraaf 3, van de ZIV-wet. Het RIZIV werkt thans aan de voorbereiding van het lastenboek, waarna een oproep voor projecten zal worden gelanceerd. Dat initiatief zal de aandacht vestigen op de psycho-medische begeleiding van vrouwen die het slachtoffer zijn van genitale verminking en lijden onder de fysieke en mentale gevolgen daarvan.

Clitorisreconstructie zal wellicht een onderdeel zijn van dat initiatief. De voorwaarden werden echter nog niet vastgelegd. Het gaat om een multidisciplinaire opdracht, en daarom spreekt men van een psychosociaal werk. De begroting is thans vastgesteld op 500 000 euro op jaarbasis.

De heer Richard Miller (MR). – *Ik dank de minister voor haar antwoord en haar belangstelling voor deze problematiek. Als ik haar goed begrijp zou clitorisreconstructie deel kunnen uitmaken van een revalidatieovereenkomst, maar dat is nog niet zeker.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Dat is meer dan waarschijnlijk, maar ik wacht nog op de resultaten van het werk van het RIZIV in samenwerking met de experts.*

De heer Richard Miller (MR). – *In dat geval is geen wetgevend initiatief nodig.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Dat is mogelijk.*

Demande d'explications de M. Bertin Mampaka Mankamba à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les imprimantes en trois dimensions et le bioprinting» (n° 5-3560)

Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la production par des chirurgiens de modèles médicaux à l'aide de la technologie d'impression en 3D» (n° 5-3598)

Mme la présidente. – Je vous propose de joindre ces demandes d'explications. (*Assentiment*)

M. Bertin Mampaka Mankamba (cdH). – Madame la ministre, la technologie de l'impression en trois dimensions n'est pas nouvelle. Les utilisations sont diverses et variées, nous le constatons tous les jours. Les avancées en matière de santé sont incontestables. Les impressions d'appareil auditif sont devenues fréquentes. Des parties du corps sont aussi imprimées. Les prothèses d'oreille, fabriquées sur mesure, disposent d'une flexibilité et d'une élasticité proches de l'oreille humaine. Au mois de février, une prothèse a même été créée pour remplacer une partie de boîte crânienne.

Si cette technologie étonnante pose un grand nombre de questions sur son utilisation par les particuliers – respect des droits d'auteur, création de tout type d'objets –, son application au secteur médical présente des enjeux très spécifiques.

Les avancées technologiques – le *bioprinting* par exemple, qui permettrait d'imprimer des tissus humains – mettent en avant des potentialités extraordinaires mais elles nous interpellent quant aux dérives possibles de leur utilisation.

Cette problématique a-t-elle déjà été abordée au niveau belge ou européen ? Une concertation a-t-elle été organisée à ce jour ?

Concernant les décisions européennes et internationales relatives aux risques de cette technologie, une position commune a-t-elle été déterminée avec les autres ministres, du gouvernement notamment ?

Comptez-vous mettre en place un groupe de travail pour analyser les enjeux ?

Quelle est votre position sur cette technologie, en particulier sur le *bioprinting* ?

Mme Cindy Franssen (CD&V). – Depuis une vingtaine d'années, différentes sociétés, notamment dans notre pays, sont actives dans le secteur des accessoires et des implants médicaux produits par impression tridimensionnelle. Elles ont mené des recherches fondamentales et cliniques sur les applications et défini des procédures de qualité ISO en vue de fournir des dispositifs de qualité aux patients et aux

Vraag om uitleg van de heer Bertin Mampaka Mankamba aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de driedimensionale printers en de bioprinting» (nr. 5-3560)

Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de productie van medische modellen met 3D-printingtechnologie door chirurgen» (nr. 5-3598)

De voorzitter. – Ik stel voor deze vragen om uitleg samen te voegen. (*Instemming*)

De heer Bertin Mampaka Mankamba (cdH). – De technologie van het driedimensionaal printen is niet nieuw. De toepassingen zijn uiteenlopend. Dat zien we dagelijks. De vooruitgang op het gebied van gezondheid zijn onmiskenbaar. Prints van hoorapparaten zijn frequent geworden. Er worden ook lichaamsdelen uitgeprint: oorprotheses op maat gemaakt, benaderen de flexibiliteit en de elasticiteit van een menselijk oor. In februari werd zelfs een prothese gecreëerd om een deel van de hersenpan te vervangen.

Deze verbazingwekkende technologie doet heel wat vragen rijzen over het gebruik door particulieren – respect voor de auteursrechten, creatie van alle soorten objecten – maar de toepassing in de medische sector werpt zeer specifieke vraagstukken op.

De technologische vooruitgang – zoals bioprinting, waarmee menselijk weefsel zou kunnen worden geprint – biedt buitengewone mogelijkheden, maar roept ook vragen op over mogelijke ontsparingen in het gebruik ervan.

Werd deze problematiek al aangesneden op Belgisch en op Europees niveau? Is er ter zake al overleg georganiseerd?

Heeft de regering een standpunt bepaald met betrekking tot de Europese en de internationale beslissingen over de gevaren van die technologie?

Is de minister van plan een werkgroep op te richten om die vraagstukken te bestuderen?

Wat is het standpunt van de minister over die nieuwe technologie, in het bijzonder over bioprinting?

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Al twintig jaar zijn verschillende bedrijven, ook in ons land, actief in de sector van medische hulpmiddelen en implantaten, geproduceerd met 3D-printing. Deze bedrijven hebben fundamenteel en klinisch onderzoek verricht over de toepassingen en ISO-kwaliteitsprocedures geïnstalleerd om kwalitatieve hulpmiddelen te leveren die patiënten en chirurgen helpen,

chirurgiens, sans prise de risque inconsidérée. Elles se sont fait enregistrer, de même que leurs productions, selon les normes CE et rendent service à plus de cent mille patients.

Cette production implique bien plus que pousser sur le bouton d'une imprimante tridimensionnelle. Le processus inclut la phase préliminaire d'imagerie médicale, les interactions avec le chirurgien, la conception du dispositif et la postproduction. Chaque étape est réalisée dans un environnement contrôlé où tous les paramètres, notamment du patient, des matériaux et des techniques de production, sont observés en continu. Ces exigences de qualité, bien nécessaires, sont imposées par les autorités nationales et européennes, comme l'AFMPS en Belgique et la Food and Drug Administration aux États-Unis.

L'impression tridimensionnelle fait la une de l'actualité, car certaines machines ne coûtent que quelques milliers d'euros. Différents hôpitaux et groupes de recherche s'en servent. Des hôpitaux et des chirurgiens disent qu'ils impriment des modèles, des accessoires et même des implants pour leur propre usage.

Sirris, le Centre collectif de l'industrie technologique belge, a récemment publié un article sur l'impression 3D papier pour faciliter les opérations chirurgicales.

Je souhaiterais apprendre de la ministre si elle sait que des hôpitaux et des chirurgiens affirment imprimer des modèles, des accessoires, voire des implants pour leur propre usage. Quels tests ces chirurgiens ont-ils effectués ? S'ils sont réellement les fabricants de ces appareils, peuvent-ils invoquer la législation en la matière, en particulier l'article 10 de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux ?

De quelle expérience ces laboratoires hospitaliers disposent-ils ? Quels systèmes appliquent-ils ? Comment sont-ils enregistrés ?

Ne va-t-il pas de soi que quiconque désire produire des dispositifs médicaux sur mesure introduit d'abord les systèmes de qualité nécessaires, afin de gérer correctement non seulement la production proprement dite, mais aussi les processus complexes du traitement des images et de la postproduction ?

Selon la ministre, appartient-il aux chirurgiens et aux hôpitaux de produire des modèles réels ? N'est-il pas souhaitable de s'accorder clairement sur la répartition des tâches entre, d'une part, les hôpitaux et les chirurgiens, dont la mission première consiste à traiter les patients en faisant usage des technologies existantes, et d'autre part, les firmes spécialisées, qui font l'objet de contrôles et qui – vu leur longue expérience en imagerie médicale, ainsi qu'en conception et en réalisation des dispositifs par impression tridimensionnelle – sont les mieux placées pour fournir les dispositifs médicaux aux patients ?

La protection des patients postule quand même des contrôles de qualité.

zonder onverantwoorde risico's te genereren. Ze hebben zichzelf en hun producten geregistreerd om aan de CE-regelgeving te voldoen en helpen momenteel meer dan honderdduizend patiënten.

De productie van deze hulpmiddelen behelst veel meer dan een druk op de knop van een 3D-printer. Een onderdeel van het productieproces vormen tevens het voorafgaande proces van medische beeldverwerking, interacties met de behandelende chirurg, design van het medisch hulpmiddel en het postproductieproces. Elk van deze stappen wordt verricht in een gereguleerde en gecontroleerde context, waarbij elk detail, waaronder de verwerking van patiëntgegevens, de materialen en de productietechnieken, voortdurend nauwgezet wordt gemonitord. Deze procedurele kwaliteitsvereisten zijn terecht opgelegd door de nationale en Europese overheden, zoals het FAGG in België en de Food and Drug Administration in de VS.

Momenteel is 3D-printen een hype, aangezien bepaalde machines voor een paar duizend euro op de markt te koop zijn. Verschillende ziekenhuizen en onderzoeksgroepen maken er gebruik van. Bepaalde ziekenhuizen en chirurgen geven aan zelf modellen, hulpmiddelen en misschien zelfs implantaten te printen voor intern gebruik.

Onlangs nog publiceerde Sirris, het Collectief Centrum van de Belgische Technologische Industrie, een artikel over 3D-drukken van papier ter vergemakkelijking van chirurgische ingrepen.

Ik had graag vernomen of de minister ervan op de hoogte is dat ziekenhuizen en chirurgen aangeven zelf modellen, hulpmiddelen en misschien zelfs implantaten te printen voor intern gebruik. Welke tests hebben deze chirurgen gedaan? Als deze chirurgen inderdaad zelf de fabrikanten zijn van deze modellen, kunnen zij zich dan beroepen op naleving van de toepasselijke wetgeving, in het bijzonder de bepaling van artikel 10 van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen?

Welke ervaring, systeem en registratie hebben deze ziekenhuislabs en waar worden ze begreund?

Is het niet evident dat eenieder die medische hulpmiddelen op maat wenst, eerst de nodige kwaliteitssystemen invoert, zodat niet alleen de productie van het medische hulpmiddel als dusdanig, maar ook het daaraan voorafgaand complexe proces van aangepaste beeldverwerking en designmethodologie en het evenzeer complexe postproductieproces op gepaste wijze worden gehanteerd?

Vindt de minister het een taak van chirurgen en hospitalen om fysieke modellen te produceren? Is het niet wenselijk om een duidelijke taakverdeling af te spreken, tussen, enerzijds, de ziekenhuizen en de chirurgen, wier kerntaak erin bestaat om patiënten klinisch te behandelen met de gepaste technologie, en, anderzijds, de gespecialiseerde bedrijven, die gecontroleerd worden en die dankzij een jarenlange gecombineerde ervaring in medische beeldverwerking en het ontwerpen van medische hulpmiddelen en de productie ervan met 3D-printingtechnologie, het beste geplaatst zijn om deze medische hulpmiddelen ter beschikking te stellen voor de patiënten?

De bescherming van de patiënt vereist toch een duidelijke en

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Les dispositifs médicaux réalisés grâce à la technologie 3D sont soumis à la réglementation relative aux produits sur mesure. Ils sont dispensés du marquage CE, mais doivent répondre à certains critères fondamentaux.*

L'hôpital ou le professionnel de la santé qui imprimerait des dispositifs médicaux sur mesure pour ses patients doit se notifier en tant que fabricant de dispositifs sur mesure, et est responsable des dispositifs médicaux qu'il fabrique. L'hôpital ou la personne doit également mettre en place un système de qualité et disposer de données démontrant la conformité du dispositif médical aux exigences essentielles. À l'heure actuelle, aucune notification n'a été enregistrée par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

Vous connaissez mon souci de renforcer le contrôle des dispositifs médicaux ; c'est d'ailleurs l'un des axes du plan du même nom. Le contrôle des dispositifs sur mesure doit également être évalué. Nous devons nous préparer au développement de ce type de dispositifs médicaux.

Sur le plan européen, nous sommes attentifs à cette question dans le cadre de l'élaboration des nouveaux règlements européens. Plus généralement, le secteur des dispositifs médicaux est, comme vous l'avez souligné, un domaine particulièrement innovant. C'est d'ailleurs à ce titre qu'il a été retenu pour bénéficier du septième programme-cadre européen.

Cette innovation bénéficie aux patients ; elle améliore sa qualité de vie et permet des soins plus efficaces et plus accessibles. En outre, le patient peut reprendre plus rapidement une vie normale.

Toutefois – vous avez raison –, cette forte innovation nous place constamment face à de nouveaux défis auxquels nous devons répondre adéquatement, pour permettre aux patients de bénéficier de ces nouveaux produits en toute sécurité.

Nous devons aussi être attentifs aux questions éthiques que pose le développement du secteur des dispositifs médicaux. J'en ai pleinement conscience et une plateforme innovation sera mise sur pied. Elle réunira les pouvoirs publics, les facultés de bio-ingénieurs et le secteur des dispositifs médicaux. Elle sera chargée de formuler des propositions pour répondre à ces nombreux défis. D'ici septembre 2013, les modalités d'organisation et les missions précises de cette plateforme seront définies. Je reviendrai vers vous à ce sujet.

Par ailleurs, je vais également mettre sur pied, au sein de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé – AFMPS –, une *task force* éthique chargée d'étudier les questions éthiques que pose le développement du secteur des soins médicaux et de formuler des propositions d'action. À nouveau, je ne manquerai pas de vous informer dès que possible.

Je l'avais expliqué récemment, des problèmes essentiels se posent à nous, par exemple pour certains implants cérébraux ou par la présence de plus en plus importante de représentants de l'industrie auprès des patients à domicile ou dans les salles

kwaliteitsvolle controle.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Medische hulpmiddelen die met behulp van 3D-technologie worden gemaakt, zijn medische hulpmiddelen op maat en vallen onder de desbetreffende regelgeving. Volgens die wetgeving hoeven ze geen CE-markering te hebben, maar ze moeten wel aan bepaalde basisvereisten voldoen. Ziekenhuizen of beoefenaars van de gezondheidszorg die medische hulpmiddelen op maat printen, moeten zich als fabrikant van hulpmiddelen op maat registreren en zijn verantwoordelijk voor de door hen gemaakte producten. Ze moeten ook een systeem invoeren om de kwaliteit te garanderen en over gegevens beschikken waaruit blijkt dat het medisch hulpmiddel aan de basisvoorschriften beantwoordt. Tot op heden heeft het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten nog geen enkele registratie ontvangen.*

U weet hoe bekommerd ik ben om de controle van de medische hulpmiddelen te versterken. Dat is trouwens een van de hoofdlijnen van het Plan Medische Hulpmiddelen. De controle van de hulpmiddelen op maat moet eveneens worden geëvalueerd. We moeten ons voorbereiden op de ontwikkeling van dat soort medische hulpmiddelen.

Op Europees vlak hebben we aandacht voor die kwestie in het kader van de uitwerking van de nieuwe Europese reglementen. Meer algemeen is de sector van de medische hulpmiddelen inderdaad een gebied waar bijzonder veel vernieuwing is. Het is trouwens daarom dat die sector werd gekozen om te genieten van het Europese zevende kaderprogramma.

Die vernieuwing komt ten goede aan de patiënten. Ze verbetert de levenskwaliteit van de patiënten en maakt efficiëntere en beter toegankelijke zorg mogelijk. Bovendien kan de patiënt sneller een normaal leven hervatten.

Die sterke innovatie stelt ons evenwel voortdurend tegenover nieuwe uitdagingen waarop we een passend antwoord moeten geven, zodat de patiënten in alle veiligheid van die nieuwe producten kunnen genieten.

We moeten ook waken over de ethische vragen die de ontwikkeling van de sector van de medische hulpmiddelen oproept. Ik besef dat ten volle en daarom zal ook een innovatieplatform worden georganiseerd. Daarin zullen de overheid, de faculteit van de bio-ingenieurs en de sector van de medische hulpmiddelen samenkomen. Het zal ermee belast worden voorstellen te formuleren om op die talrijke uitdagingen een antwoord te geven. Vanaf nu tot september 2013 zal de organisatie en de precieze opdrachten van dat platform worden bepaald. Ik zal daar nog op terugkomen in de senaat.

Ik wil ook in het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten – het FAGG – een ethische taskforce oprichten om de ethische kwesties die voortvloeien uit de ontwikkeling van de medische zorgverlening te bestuderen en actievoorstellen te formuleren. Ook daarover zal ik de senaat zodra dat mogelijk is informeren.

Ik heb er onlangs nog op gewezen dat we met fundamentele problemen worden geconfronteerd, onder meer wat sommige

d'opération. Tout cela pose question sur le plan éthique et nous devons y répondre.

Si pour les impressions tridimensionnelles, des cellules ou des tissus sont également utilisés, la législation relative au matériel corporel humain doit être appliquée. Si le résultat imprimé peut être utilisé comme médicament, la réglementation européenne concernant les médicaments pour les thérapies avancées, les ATMP doit également être appliquée. Par ailleurs, il est possible de combiner un médicament pour les thérapies avancées et un dispositif médical : on parle de médicaments combinés de thérapie innovante. Pour les ATMP et les médicaments combinés de thérapie innovante, une autorisation de mise sur le marché européen est nécessaire. À terme, les ATMP spécialement conçus selon une prescription médicale individuelle à l'intention d'un malade déterminé, selon des normes de qualité spécifiques et utilisés dans un hôpital belge sous la responsabilité professionnelle exclusive d'un médecin pourront bénéficier, sous certaines conditions, de l'hospital exemption. Cela signifie qu'aucune autorisation de mise sur le marché européen ne devra être demandée mais que l'autorité compétente de l'État membre devra donner son consentement. Les conditions pour ce faire seront déterminées par arrêté royal.

M. Bertin Mampaka Mankamba (cdH). – Votre réponse me rassure, madame la vice-première ministre, et je vous encourage à poursuivre dans cette voie. Ces nouvelles technologies méritent un encadrement adéquat des pouvoirs publics. J'attendrai avec intérêt les prochains rendez-vous que vous avez fixés.

Mme Cindy Franssen (CD&V). – Je suppose que cette question sera encore régulièrement mise à l'ordre du jour. Elle est d'une actualité brûlante.

Dans l'intérêt du patient, les pratiques de cow-boy, les impressions tridimensionnelles, par exemple dans des laboratoires hospitaliers, doivent être identifiées, voire évitées. C'est pourquoi la négociation avec les entreprises qui utilisent ces techniques depuis des années déjà est inévitable. Ces entreprises sont sévèrement contrôlées et doivent satisfaire à des exigences strictes en matière de qualité. Le monde médical et le monde des entreprises doivent travailler main dans la main. Dans l'intérêt du patient, il faut appliquer les procédures les plus strictes.

Demande d'explications de M. Richard Miller à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la pratique en Belgique de la thérapie par chélation et les soupçons de charlatanisme» (n° 5-3570)

M. Richard Miller (MR). – La thérapie par chélation comporte l'administration d'une substance qui se combine à des produits chimiques métalliques pour augmenter leur excréation par les reins. La forme la plus courante est une série

hersenimplantaten betreft, maar ook de toenemende aanwezigheid van industriële vertegenwoordigers bij de patiënten thuis of in de operatiezalen. Dat doet vragen rijzen op ethisch vlak waarop we een antwoord moeten geven.

Indien voor de 3D-prints ook cellen of weefsels worden gebruikt, moet de wetgeving betreffende het menselijk lichaamsmateriaal worden toegepast. Indien het geprinte resultaat als een dergelijk geneesmiddel kan worden gebruikt, moet ook de Europese verordening betreffende geneesmiddelen voor geavanceerde therapie, de ATMP's. Ook een combinatie van een geneesmiddel voor geavanceerde therapie en een medisch hulpmiddel is denkbaar, de zogenaamde gecombineerde geneesmiddelen voor geavanceerde therapie. Voor ATMP's en gecombineerde geneesmiddelen voor geavanceerde therapie is in principe een Europese vergunning voor het in de handel brengen nodig. Op termijn zullen ATMP's die volgens een individueel medisch voorschrift voor een welbepaalde patiënt op niet-routinematige basis en volgens specifieke kwaliteitsnormen worden bereid en in een Belgisch ziekenhuis worden gebruikt, onder de exclusieve professionele verantwoordelijkheid van een arts op bepaalde voorwaarden de *hospital exemption* kunnen genieten. Dat wil zeggen dat daarvoor geen Europese vergunning voor het in de handel brengen moet worden aangevraagd, maar dat de bevoegde autoriteit van de lidstaat wel toestemming moet geven. De voorwaarden daarvoor zullen bij koninklijk besluit worden bepaald.

De heer Bertin Mampaka Mankamba (cdH). – Het antwoord van de minister stelt me gerust. Ik moedig haar aan die weg te blijven volgen. De nieuwe technologieën verdienen een aangepast kader van de overheid. Ik kijk met belangstelling uit naar de volgende ontmoetingen die de minister heeft aangekondigd.

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Ik veronderstel dat dit thema nog geregeld aan de agenda zal staan. Het is nu eenmaal brandend actueel.

In het belang van de patiënt moeten de cowboypraktijken, niet-gecontroleerde 3D-printing in bijvoorbeeld ziekenhuislaboratoria, eruit worden gelicht of, beter nog, worden voorkomen. Daarom is overleg onafwendbaar met de bedrijven die daar al jaren mee werken. Deze bedrijven worden streng gecontroleerd en moeten voldoen aan strikte kwaliteitsvereisten. De medische wereld en de bedrijfswereld moeten de handen in elkaar slaan. In het belang van de patiënt moeten telkens de meest strenge procedures worden gehanteerd.

Vraag om uitleg van de heer Richard Miller aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de praktijk van chelatietherapie in België en de vermoedens van kwakzalverij» (nr. 5-3570)

De heer Richard Miller (MR). – Bij chelatietherapie wordt een vloeistof toegediend die zich chemisch verbindt met metalen, zodat de excretie ervan via de nieren verhoogd wordt. De meest voorkomende vorm is een reeks van

d'injections intraveineuses contenant un agent chélateur et une variété d'autres substances. Les médecins qui recommandent et pratiquent la thérapie par chélation – laquelle fait partie de leur pratique médicale constante – affirment qu'elle est efficace comme traitement de l'autisme, de maladies cardiaques et de nombre de maladies rares.

Le *Urine Toxic Metals Test* (UTMT) qui est utilisé laisse penser au patient qu'il est empoisonné par le plomb ou le mercure. La procédure est en fait une analyse « provoquée » dans laquelle l'agent chélateur est administré avant que l'échantillon sanguin soit obtenu. Cela augmente le taux de plomb, de mercure et/ou d'autres métaux lourds dans l'urine. Le rapport de l'analyse, dont une copie est remise au patient, déclare que ses « valeurs de référence » sont pour des échantillons non provoqués. Toutefois, si un niveau d'analyse excède les valeurs de référence – ce qui est habituel, semble-t-il – il est rapporté comme « élevé » même s'il devait être considéré comme non significatif. Le patient est alors avisé de subir une « désintoxication » avec la thérapie de chélation, d'autres traitements intraveineux et des suppléments diététiques que le praticien peut vendre !

Or, madame la ministre, en consultant quelques sites relatifs à cette thérapie, on peut lire qu'aucun diagnostic de toxicité par le plomb ou le mercure ne doit être posé à moins que le patient présente des symptômes d'empoisonnement par des métaux lourds ou un taux plus élevé de ces métaux dans le sang sans avoir subi de provocation. Et même si le taux est élevé – ce qui peut se produire dans un environnement de travail insécurisé ou si l'on emploie de la peinture contenant du plomb – ce qui doit être fait habituellement est d'éviter toute exposition future.

La thérapie par chélation est en outre dangereuse ; elle conduit à un appauvrissement généralisé en sels minéraux, voire à des intoxications graves. Selon les sites que j'ai consultés, plusieurs enfants auraient dû être hospitalisés et deux décès auraient été constatés.

En France cette « thérapie » est portée par une association, appelée « Fil d'Ariane ». La principale responsable de cette association aurait été récemment radiée de l'Ordre des médecins, elle n'a donc plus le droit d'exercer la médecine en France...

Le principe est que cette association envoie les parents faire des analyses de sang et d'urine dans un unique laboratoire réputé compétent pour les faire ! Les analyses montrent à chaque fois qu'il faut entreprendre un traitement de choc à base de divers produits très coûteux.

Le discours des tenants de cette théorie s'articule autour de quelques points récurrents : les médecins se « tiennent » tous, quiconque contredit la thérapie fait partie du « complot » orchestré par les entreprises pharmaceutiques et les médecins, etc. Il s'agit donc d'un discours qui me paraît sectaire.

Madame la ministre, que savent vos services à propos de cette thérapie par chélation ? Quelle appréciation portent-ils sur celle-ci ? Dispose-t-on d'une évaluation ?

Que pensez-vous d'une telle pratique qui inscrit la Belgique dans une sorte de filière avec le Canada et l'Allemagne ? Les tests pratiqués sur les patients belges sont envoyés exclusivement dans un laboratoire allemand, comme s'il n'y

intraveneuze inspuitingen met een chelaatvormende stof en verschillende andere stoffen. Artsen die chelatietherapie aanbevelen en toepassen als onderdeel van hun vaste medische praktijk, beweren dat deze therapie effect heeft in de behandeling van autisme, van hartziekten en tal van zeldzame ziekten.

Met de Urine Toxic Metals Test (UTMT) laat men de patiënt geloven dat hij vergiftigd is door lood of kwik. De procedure is in feite een 'geforceerde' analyse waarin de chelatievormende stof wordt toegediend voor het bloedstaal wordt verkregen. Dat verhoogt het gehalte aan lood, kwik of andere zware metalen in de urine. Het verslag van de analyse, waarvan een kopie aan de patiënt wordt gegeven, vermeldt dat de referentiewaarden gelden voor stalen die niet geforceerd zijn. Maar als de analysewaarden hoger zijn dan die referentiewaarden, wat blijkbaar gewoonlijk zo is, worden ze als 'hoog' aangemerkt, terwijl ze als niet-significant zouden moeten worden beschouwd. De patiënt wordt dan aangeraden zich te laten 'ontgiften' door middel van chelatietherapie of andere intraveneuze behandelingen en voedingssupplementen die de persoon die hem behandelt, kan verkopen!

Als men er enkele websites over chelatietherapie op naleest, verneemt men dat een patiënt niet hoeft getest te worden op lood of kwik tenzij hij tekenen vertoont van vergiftiging door zware metalen of van een verhoogd gehalte van die metalen in zijn bloed, zonder dat dit vooraf geforceerd werd. Zelfs als er hoge waarden worden vastgesteld, wat bijvoorbeeld mogelijk is na het werken in een onveilige omgeving of na blootstelling aan loodhoudende verf, moet hij gewoon in de toekomst vermijden om daar nog aan blootgesteld te worden.

Chelatietherapie is bovendien gevaarlijk; ze leidt tot een algemene verarming aan minerale zouten, of zelfs tot ernstige intoxicatie. Volgens de websites die ik erop nagelezen heb, zouden verschillende kinderen in het ziekenhuis beland zijn en zouden er twee dodelijke slachtoffers gevallen zijn.

In Frankrijk wordt deze therapie aangeprezen door een vereniging die 'Fil d'Ariane' heet. De voornaamste vertegenwoordiger van deze vereniging zou onlangs door de Orde van geneesheren geschrapt zijn en niet langer het recht hebben om in Frankrijk de geneeskunde uit te oefenen ...

Deze vereniging stuurt ouders naar het enige laboratorium dat in staat zou zijn om urine- en bloedtesten juist uit te voeren. Die testen tonen dan telkens aan dat er een schoktherapie moet worden gevolgd op basis van verschillende zeer dure producten.

De aanhangers van die theorie gebruiken steevast een aantal weerkerende argumenten: artsen 'dekken elkaar in', al wie de therapie bekritiseert maakt deel uit van het 'complot' dat gesmeed is tussen de farmaceutische bedrijven en de artsen, enz. Het lijkt dus op een sectaire manier van doen.

Wat weten de diensten van de minister over de chelatietherapie? Hoe wordt die ingeschat? Bestaat er een beoordeling over?

Wat denkt de minister van die praktijken waardoor België betrokken lijkt in een netwerk dat zich tot Canada en Duitsland uitstrekt? De tests die op Belgische patiënten worden uitgevoerd, worden uitsluitend naar een Duits

avait pas de laboratoires en Belgique.

La thérapie consistant en une série d'opérations de chélation, le coût final est exorbitant. Madame la ministre, je souhaiterais avoir votre avis sur cette thérapie.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Les services du SPF Santé publique n'ont pas encore été confrontés à l'exercice de cette pratique dans notre pays. Aucune analyse de cette dernière n'a donc pu être effectuée jusqu'à présent. Si vous connaissez des professionnels qui y recourent, n'hésitez surtout pas à le signaler.

J'ai en effet fait de la lutte contre les professionnels de santé indéliçats et de la protection des patients une de mes priorités pour 2013. À cet égard, les services du SPF Santé publique poursuivent systématiquement, via les commissions médicales provinciales, et dénoncent systématiquement aux autorités judiciaires et aux instances disciplinaires tout comportement déviant ou toute pratique répréhensible de la part de professionnels de santé ou de personnes qui se présentent comme tels. Mon administration a d'ailleurs mis particulièrement l'accent sur les dérives sectaires dans les soins de santé.

Voici environ un mois a été organisé un congrès et une cellule a été créée au sein de l'administration. Elle est chargée d'analyser les risques et la politique de contrôle des professions de soins de santé, en collaboration avec l'Ordre des médecins. Cette cellule se met actuellement en place et me fera des propositions sous peu, notamment en ce qui concerne les pratiques ne relevant pas d'une médecine fondée sur les faits (*evidence-based medicine*) et réalisées par des médecins.

La problématique des pratiques s'écartant de la médecine occidentale est cependant peu aisée. Notre système de soins de santé promeut les pratiques médicales fondées sur les faits, les seules à bénéficier du système de l'assurance maladie, sans exclure toutefois l'exercice de pratiques qui s'en écartent mais qui relèvent en quelque sorte de la liberté thérapeutique des professionnels de santé. La frontière n'est pas toujours simple à établir. De même, il relève de la liberté des patients de s'orienter en toute conscience vers ce type de pratique, que ce soit dans notre pays ou dans d'autres, conformément aux directives européennes garantissant une libre circulation des services, des professionnels de la santé et des patients.

Il faut cependant lutter efficacement et sévèrement contre les professionnels de santé ou les personnes se présentant comme tels qui cherchent à tromper les patients ou à abuser de leur faiblesse et qui, par exemple, tentent de les détourner de la médecine classique. Il y a également lieu de lutter contre toute pratique ou technique qui s'avérerait dangereuse pour le bien-être des patients en question. On est vraiment au cœur de ce travail pour le moment. Je demanderai toutefois à mon administration d'être particulièrement attentive à cette pratique de chélation et aux plaintes éventuelles.

M. Richard Miller (MR). – Je vous remercie, madame la ministre, pour votre réponse. C'est effectivement un sujet auquel il faut être très attentif.

laboratorium gestuurd, alsof er in België geen laboratoria zouden zijn.

De therapie bestaat uit een reeks chelatatiebehandelingen en de kostprijs is buitensporig. Graag had ik de mening van de minister vernomen over deze therapie.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De diensten van de FOD Volksgezondheid hebben nog niet te maken gekregen met dit soort praktijken in ons land. Ze werden tot nu toe dan ook nog niet onderzocht. Mocht u artsen kennen die ze wel toepassen, dan moet u dat zeker melden.*

De strijd tegen oneerlijke gezondheidswerkers en de bescherming van patiënten is één van mijn prioriteiten voor 2013. Elk afwijkend gedrag of elke laakbare praktijk van gezondheidswerkers of personen die zich als dusdanig voordoen, wordt door de diensten van de FOD Volksgezondheid via de provinciale geneeskundige commissies systematisch opgevolgd en gemeld aan de gerechtelijke autoriteiten of discipline instanties. Mijn administratie heeft trouwens in het bijzonder de nadruk gelegd op het tegengaan van sectaire ontsparingen in de gezondheidszorg.

Ongeveer een maand geleden werd er binnen de administratie een congres georganiseerd en een speciale cel opgericht. Ze is belast met de risicoanalyse en het controlebeleid voor de gezondheidsberoepen in samenwerking met de Orde van geneesheren. Deze cel wordt momenteel operationeel gemaakt en zal mij binnenkort voorstellen doen over praktijken die niet gebaseerd zijn op vaststaande feiten – evidence-based medicine – en die door artsen worden uitgevoerd.

Het fenomeen van praktijken die afwijken van de westerse geneeskunde is nochtans niet zo eenvoudig. Ons systeem van gezondheidszorg geeft voorrang aan medische praktijken die gebaseerd zijn op feiten en enkel op die praktijken is de ziekteverzekering van toepassing. Het sluit de uitoefening van andere, afwijkende praktijken evenwel niet uit, alleen vallen die dan onder de therapeutische vrijheid van de gezondheidswerkers. De grens is niet altijd gemakkelijk te trekken. Ook de patiënten zijn vrij om bewust een beroep te doen op dit soort praktijken, zowel in ons land als daarbuiten, conform de Europese richtlijnen die het vrij verkeer van diensten, van gezondheidswerkers en van patiënten waarborgen.

Er moet evenwel doeltreffend en streng worden opgetreden tegen gezondheidswerkers of personen die zich als dusdanig voordoen, en die eropuit zijn om mensen te bedriegen of misbruik te maken van hun zwakke positie en hen proberen weg te lokken van de klassieke geneeskunde. Er moet ook opgetreden worden tegen elke praktijk of techniek die het welzijn van de betrokken patiënten in gevaar kan brengen. We zijn daar nu volop mee bezig. Ik zal mijn administratie evenwel vragen om met bijzondere aandacht te letten op de chelatatiepraktijken en op eventuele klachten daarover.

De heer Richard Miller (MR). – *Ik dank de minister voor haar antwoord. Op dit stuk is waakzaamheid inderdaad geboden.*

J'ai posé cette question en tant que parlementaire parce que des personnes m'ont informé de certains faits. J'ai ensuite procédé à quelques recherches sur internet. À la limite, je peux conseiller à ces personnes d'envoyer des éléments d'information à votre administration.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Si ces personnes ont eu affaire à un professionnel ou à un non-professionnel qui a pratiqué la chélation, elles doivent le dénoncer. Un simple courrier suffit pour démarrer le processus. Mais nous n'avons reçu aucune plainte.

M. Richard Miller (MR). – Je confirme quand même que les propos de ces personnes m'ont effrayé.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je vous suggère dès lors de m'envoyer une copie.

Demande d'explications de M. Yves Buysse à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le paiement par des ressortissants étrangers des frais d'interventions médicales» (n° 5-3602)

M. Yves Buysse (VB). – *La France délivre fréquemment des visas pour raisons médicales à des Algériens qui doivent subir une intervention médicale impossible à pratiquer dans leur pays. De nombreux Algériens font en outre un usage abusif d'un visa touristique pour se faire soigner dans un hôpital français. Tout cela ne poserait pas problème si les patients algériens ou les autorités algériennes payaient ensuite les factures. Ce n'est pas le cas. Rien qu'aux AP-HP, Assistance publique – Hôpitaux de Paris, les factures impayées des Algériens se montent à 16 millions d'euros. Cela ajoute aux difficultés des AP-HP qui sont déjà confrontés à un déficit estimé à 90 millions d'euros. Le problème ne concerne pas seulement l'Algérie. Les AP-HP se trouvent aussi face à 10 millions d'euros de factures impayées de Marocains, un million d'euros de Tunisiens et 10 millions d'euros de citoyens de divers États du Golfe qui sont pourtant tous extrêmement riches. Dans l'ensemble de la France, les hôpitaux seraient confrontés à des factures impayées d'Algériens pour un montant de non moins de 600 millions d'euros.*

Dans quelle mesure des problèmes semblables se posent-ils dans notre pays ? Quels sont les pays mauvais payeurs ? De quels montants s'agit-il ?

Quelles mesures prend-on pour imposer le règlement des factures impayées par la sécurité sociale ou l'organisme équivalent des pays concernés ?

Les données des mauvais payeurs incorrigibles sont-elles transmises à d'autres administrations appelées à traiter de nouvelles demandes de visas ?

Qui supporte finalement les frais des factures impayées ? Les hôpitaux ou la sécurité sociale ?

Ik stelde deze vraag als parlementslid omdat sommige mensen me op de hoogte brachten van bepaalde feiten. Ik heb daarna een en ander opgezocht op het internet. Ik kan die personen eventueel aanraden om die informatie door te sturen naar de administratie van de minister.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Indien die personen in contact gekomen zijn met een gezondheidswerker of iemand anders die de chelatietherapie heeft toegepast, dan moeten ze dat melden. Een eenvoudige brief volstaat om de procedure op te starten. Maar we hebben geen klachten ontvangen.*

De heer Richard Miller (MR). – *Ik moet wel zeggen dat wat ze mij hebben verteld me zorgen baart.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Dan stel ik voor dat u mij een kopie bezorgt.*

Vraag om uitleg van de heer Yves Buysse aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de betaling door buitenlandse onderdanen van de kosten van medische ingrepen» (nr. 5-3602)

De heer Yves Buysse (VB). – *Frankrijk reikt vaak visa om medische redenen uit aan Algerijnen die een medische ingreep moeten ondergaan die in hun eigen land niet kan worden uitgevoerd. Vele Algerijnen maken oneigenlijk gebruik van een toeristenvisum om zich in een Frans ziekenhuis te laten behandelen. Dat zou geen probleem zijn, als zijzelf, of de Algerijnse autoriteiten, naderhand de rekeningen betaalden. Die blijven echter systematisch in gebreke. Alleen al bij de Assistance publique – Hôpitaux de Paris, AP-HP, staan nog voor 16 miljoen euro onbetaalde Algerijnse rekeningen open. Dat is extra pijnlijk omdat AP-HP met een deficit van naar schatting 90 miljoen euro worstelt. Het probleem blijft niet beperkt tot Algerije alleen. Bij AP-HP staan ook nog voor 10 miljoen Marokkaanse rekeningen open, voor één miljoen Tunesische en voor 10 miljoen rekeningen van diverse Golfstaten, die stuk voor stuk nochtans schatrijk zijn. Ziekenhuizen in heel Frankrijk zouden in totaal opgescheept zitten met maar liefst 600 miljoen euro aan onbetaalde Algerijnse rekeningen.*

In welke mate doen soortgelijke problemen zich ook in ons land voor? Welke landen zijn hier de slechte betalers? Om welke bedragen gaat het?

Welke maatregelen worden genomen om bij de sociale zekerheid, of de tegenhanger daarvan in de betrokken landen, de betaling van de achterstallige sommen af te dwingen?

Worden de gegevens van hardnekkige wanbetalers overgemaakt aan andere administraties ten behoeve van de behandeling van nieuwe visumaanvragen?

Wie draait tenslotte op voor de onbetaalde rekeningen? De ziekenhuizen of de sociale zekerheid?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Les ressortissants non-UE peuvent demander un visa pour un séjour lié à des soins médicaux en Belgique. Des exigences spécifiques s'appliquent.

Les données disponibles ne permettent pas de dire combien de patients ont reçu des soins en Belgique avec un visa et à l'aide de certains documents. Pour calculer le nombre de ressortissantes non-UE venus en Belgique pour y recevoir des soins, on a opéré un tri sur la base du statut d'assurance. Une distinction a été faite entre les ressortissants non-UE qui sont assurés auprès d'une mutualité belge et les ressortissants non-UE qui ne sont pas assurés ou qui ont reçu des soins médicaux en vertu d'accord spécifiques ou de traités internationaux. Les ressortissants non-UE sont des personnes domiciliées dans un pays non-membre de l'UE. Il n'est donc pas tenu compte de la nationalité des personnes. Les données ne sont en outre disponibles que pour les années 2008 et 2009.

Seuls les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale offrent un cadre précis concernant les soins médicaux planifiés, l'assurance obligatoire belge avançant l'intervention dans les frais, conformément aux dispositions de la législation belge, et la récupérant ensuite auprès de l'organisme assureur étranger auquel le patient est affilié. Les règlements précités ne s'appliquent pas seulement dans les relations entre les 27 États membres de l'UE mais aussi avec des pays non-UE comme l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse.

Un cadre similaire relatif à des soins médicaux planifiés n'est pas prévu dans des accords bilatéraux conclus avec des pays tiers par la Belgique concernant la sécurité sociale (par ex. la Croatie, la Turquie, ...) et encore moins avec des pays tiers avec lesquels aucun accord bilatéral n'a été conclu en matière de sécurité sociale. Les ressortissants de ces pays, qu'ils soient ou non obligés à demander un visa pour un séjour à but médical en Belgique, doivent payer eux-mêmes le coût total du traitement et demander ensuite le remboursement aux tarifs et conditions fixées par la législation du pays où ils bénéficient de l'assurance obligatoire ou d'une assurance privée. Dans ces cas, il n'est donc pas question d'une dette à l'égard de l'assurance obligatoire soins de santé de la Belgique. Les hôpitaux supportent les factures impayées mais dans certains cas, les CPAS peuvent intervenir.

Les données des mauvais payeurs ne sont pas transmises à d'autres administrations. Nous n'avons pas en effet dans nos statistiques sur les factures impayées de données distinctes pour les patients étrangers mais je tiens à préciser qu'en ce moment, dans le cadre de l'Observatoire de la mobilité des patients, on travaille à un affinement des systèmes d'enregistrement des données pour rendre plus transparent le phénomène des patients étrangers qui viennent bénéficier chez nous de soins médicaux planifiés.

Pour les autres questions, je vous renvoie à ma collègue compétente en matière d'Asile et de Migration, d'Intégration sociale et de Lutte contre la pauvreté.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Niet-EU-onderdanen kunnen een visum aanvragen voor een verblijf voor medische verzorging in België. Daarvoor gelden specifieke vereisten.

Op basis van de beschikbare gegevens kunnen we echter niet achterhalen hoeveel patiënten met een visum en met behulp van bepaalde documenten in België medische verzorging hebben gekregen. Om te berekenen hoeveel niet-EU-onderdanen voor medische verzorging naar België kwamen, werd een selectie gemaakt op basis van de verzekeringsstatus. Er werd een onderscheid gemaakt tussen niet-EU-onderdanen die bij een Belgische mutualiteit verzekerd zijn, en niet-EU-onderdanen die ofwel niet verzekerd zijn ofwel medische verzorging kregen op basis van specifieke akkoorden of internationale verdragen. Niet-EU-onderdanen zijn personen die gedomicilieerd zijn in een land dat niet tot de Europese Unie behoort. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de nationaliteit van de personen. Verder moet u weten dat er enkel voor 2008 en 2009 gegevens beschikbaar zijn.

Een duidelijk kader voor geplande geneeskundige verzorging waarbij de Belgische verplichte ziekteverzekering een tegemoetkoming in de kosten overeenkomstig de bepalingen van de Belgische wetgeving voorschiet en deze kosten naderhand terugvordert van de buitenlandse verzekeringsinstelling waarbij de patiënt is aangesloten, bestaat enkel in het kader van de Verordeningen 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels. Deze Verordeningen zijn niet enkel van toepassing in de relaties tussen de 27 EU-lidstaten, maar ook in de relaties met niet-EU-landen zoals IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland.

Een gelijkaardig kader voor geplande geneeskundige verzorging is niet opgenomen in de bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid die België met derde landen, zoals Kroatië en Turkije, heeft gesloten en bestaat evenmin voor derde landen waarmee geen bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid is afgesloten. Onderdanen van deze landen, ongeacht of ze al dan niet verplicht zijn een visumaanvraag te doen voor een verblijf in België voor medische verzorging, moeten de volledige behandeling in België zelf betalen en vervolgens terugbetaling vragen volgens de tarieven en voorwaarden van de wetgeving van het land waar ze een verplichte ziekteverzekering of een privépolis hebben. In deze gevallen is er dan ook geen sprake van een openstaande schuld bij de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De ziekenhuizen draaien op voor de onbetaalde facturen, maar in bepaalde gevallen kunnen de openbare centra voor maatschappelijk welzijn bijdragen.

De gegevens van de wanbetalers zijn niet aan andere administraties doorgegeven. We hebben in onze statistieken over onbetaalde facturen inderdaad geen aparte gegevens over buitenlandse patiënten, maar momenteel wordt in het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit aan een verdere verfijning gewerkt van de registratiesystemen om het fenomeen van de buitenlandse patiënten die naar België komen voor geplande medische verzorging transparant te

M. Yves Buysse (VB). – *Je remercie la ministre de sa réponse. J'avais l'intention d'interroger le ministre Reynders et la secrétaire d'État De Block à ce sujet. Je m'étonne quand même du peu d'informations sur un certain nombre d'affaires. La ministre donne des chiffres pour 2008 et 2009, mais nous sommes en 2013. Je m'étonne aussi de l'absence de ventilation par nationalité, ce qui empêche de régler le problème pour de bon. Si l'on connaît les pays mauvais payeurs, ce problème peut être discuté durant une concertation bilatérale. Lorsque, voici quelques mois, Mme De Block était en Algérie pour discuter d'un assouplissement concernant les visas, ce point aurait pu figurer à l'ordre du jour.*

**Demande d'explications de
Mme Elke Sleurs à la vice-première
ministre et ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique sur «la brochure
relative aux déclarations anticipées
d'euthanasie» (n° 5-3413)**

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *J'ai déjà posé une question écrite à ce sujet. La ministre a répondu qu'elle ferait diffuser une brochure d'information étant donné que les déclarations anticipées vont expirer.*

Comment va-t-on diffuser cette brochure parmi la population ?

Écrira-t-on personnellement à ceux et celles qui ont fait enregistrer une déclaration anticipée ?

Comment la ministre pense-t-elle contacter les personnes dont la déclaration anticipée n'a pas été enregistrée ?

La ministre peut-elle déjà préciser le contenu de cette brochure ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *La brochure sera, dans un premier temps, adressée par e-mail à tous les médecins, toutes les institutions de soins et toutes les communes de Belgique. Elle prend la forme d'un triptyque qui reprend les questions fréquemment posées au sujet de la déclaration anticipée d'euthanasie : définition, critères, conditions, validité, enregistrement et points de contact.*

La brochure et un formulaire vierge de déclaration anticipée assorti d'indications seront disponibles en ligne sur le portail du SPF Santé publique.

Sur ce même site, les communes pourront également trouver des FAQ ainsi que les circulaires et la législation applicables en la matière.

Pour des raisons budgétaires bien compréhensibles, nous n'adresserons pas cette brochure individuellement.

Ne disposant pas des données des personnes non enregistrées,

maken.

Voor de overige vragen verwijs ik naar mijn collega voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding.

De heer Yves Buysse (VB). – Ik dank de minister voor het antwoord. Ik was van plan minister Reynders en staatssecretaris De Block daarover te ondervragen. Het verwondert me wel dat over een aantal zaken zo weinig informatie is. De minister geeft cijfers van 2008 en 2009, maar we zijn inmiddels 2013. Het verwondert me ook dat er geen opsplitsing is per nationaliteit, want dan kan het probleem niet ten gronde worden aangepakt. Als men de slecht betalende landen kent, dan kan dit probleem tijdens een bilateraal overleg besproken worden. Toen mevrouw De Block enkele maanden geleden in Algerije was om een versoepeling van de visums te bespreken, had dit punt bijvoorbeeld op de agenda kunnen staan.

**Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs
aan de vice-eersteminister en minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid over
«de brochure over de wilsverklaringen
inzake euthanasie» (nr. 5-3413)**

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Ik heb over dit onderwerp al een schriftelijke vraag gesteld. De minister heeft daarop geantwoord dat ze een informatiebrochure zou verspreiden omdat de wilsverklaringen zullen vervallen.

Hoe zal deze brochure onder de bevolking worden verspreid?

Zullen de personen met een geregistreerde wilsverklaring persoonlijk aangeschreven worden?

Hoe zal de minister personen met een niet-geregistreerde wilsverklaring proberen te bereiken?

Kan de minister de inhoud van deze brochure eventueel al toelichten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De brochure zal in een eerste fase via e-mail worden verspreid naar alle artsen, zorginstellingen en Belgische gemeenten. De brochure vormt een drieluik en gaat in op de vaak gestelde vragen, FAQ, in verband met de wilsverklaring betreffende euthanasie: omschrijving, voorwaarden, geldigheid, registratie en contactpunten.

De brochure, een blanco wilsverklaring en een handleiding om het formulier in te vullen zullen via www.euthanasiewilsverklaring.be op de website van de FOD Volksgezondheid beschikbaar zijn.

De gemeenten kunnen op dezelfde website ook de FAQ, de circulaires en de ter zake geldende wetgeving vinden.

Iedereen begrijpt dat we om budgettaire redenen de brochure niet individueel kunnen verspreiden.

De niet-geregistreerde personen kunnen we onmogelijk

nous ne pouvons les contacter.

Dans un premier temps, des budgets seront alloués aux associations de terrain pour qu'elles puissent effectuer un travail d'information adéquat à propos des conditions et formalités entourant l'euthanasie.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Si j'ai bien compris, ce seront d'abord les médecins, les institutions de soins et les communes qui seront informés par e-mail de la brochure.*

La ministre peut-elle donner des indications quant au calendrier ? Un mois, deux mois, trois mois ?

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Je vais me renseigner.*

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les centres de fertilité utilisant du matériau de donneur non anonyme» (n° 5-3630)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *La loi de 2007 relative à la procréation médicalement assistée autorise explicitement le don non anonyme. Les centres de fécondation de notre pays hésitent beaucoup à l'appliquer. Le don non anonyme ne se fait presque jamais et on ne communique pas non plus ouvertement à ce sujet. Les personnes qui veulent bénéficier d'un don non anonyme doivent elles-mêmes chercher un donneur et les enfants nés à la suite d'un don ont souvent très peu d'informations sur leur origine.*

Existe-t-il une liste des centres de fécondation qui permettent le don non anonyme ? Si oui, cette liste est-elle publique ?

Pourquoi les dispositions légales sont-elles si sommaires ? Nous sommes favorables à une diminution des dons anonymes au profit des dons non anonymes.

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *En Belgique, le don de gamètes se fait en principe de manière anonyme. Cela veut dire que le centre de fécondité consulté doit rendre inaccessibles toutes les données qui pourraient mener à l'identification du donneur. Le don non anonyme de gamètes a été limité par le législateur aux cas où les parents demandeurs font appel à un donneur qu'ils connaissent, souvent un membre de la famille. Cette forme de don est parfois désignée comme don « connu ».*

La loi est à ce sujet claire. L'obligation de rendre inaccessibles les informations qui permettraient d'identifier un donneur de gamètes et le secret professionnel des collaborateurs d'un centre de fécondité s'appliquent dans tous les cas de don. Le don connu ne constitue donc pas d'exception. Le don non anonyme est donc parfaitement possible selon la loi mais il est interdit aux centres de fécondité de communiquer les données du donneur.

contacteren omdat we per definitie niet over hun persoonsgegevens beschikken.

In een eerste fase hebben we voor de verenigingen op het terrein budgetten vrijgemaakt zodat ze op de gepaste wijze informatie kunnen geven over de voorwaarden en vormvereisten inzake euthanasie.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Als ik het goed begrepen heb, zullen eerst de artsen, de zorginstellingen en de gemeenten per e-mail worden geïnformeerd over de brochure.

Kan de minister al enige aanwijzing geven over de termijn? Een maand, twee maanden, drie maanden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – Ik zal daarover navraag doen.

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de fertiliteitscentra met open donormateriaal» (nr. 5-3630)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – In de wet van 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting staat duidelijk dat open donatie, waarbij de donor dus bekend is, is toegestaan. De fertiliteitscentra in ons land zijn echter zeer terughoudend om dat toe te passen. Open donatie komt bijna niet voor en er wordt ook niet open over gecommuniceerd. Mensen die een open donatie willen, moeten er zelf naar op zoek gaan, terwijl donorkinderen juist vaak worstelen met het probleem dat ze zeer weinig informatie over hun afkomst vinden.

Bestaat er een lijst van fertiliteitscentra die de mogelijkheid van open donatie aanbieden? Zo ja, is die lijst publiek?

Waarom is de wettelijke regeling zo summier? Wij zijn er voorstander van de anonieme donatie terug te schroeven ten voordele van de niet-anonieme.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – In België worden gameten in principe anoniem gedoneerd. Dat wil zeggen dat het fertiliteitscentrum alle gegevens die tot de identificatie van de donor kunnen leiden, ontoegankelijk moet maken. Het niet-anoniem doneren van gameten werd door de wetgever beperkt tot gevallen waarin de wensouder of -ouders een donor aanbrengen die ze kennen. Vaak is dat een familielid. Deze vorm van donatie wordt soms “gerichte” of “gekende” donatie genoemd.

Overigens is de wet duidelijk. Het ontoegankelijk maken van informatie waarmee een donor van gameten kan worden geïdentificeerd en het beroepsgeheim van de medewerkers van een fertiliteitscentrum gelden in alle gevallen van donatie. De bekende donatie vormt daarop geen uitzondering. Bijgevolg is niet-anonieme donatie volgens de wet perfect mogelijk, alleen mogen de fertiliteitscentra de gegevens van de donor niet vrijgeven. Volgens artikel 57 van de wet, dat de

L'article 57 de la loi autorise le don non anonyme moyennant un accord préalable entre le donneur et le receveur. Ainsi, le don connu est la seule forme autorisée de don non anonyme. Cette possibilité de don ne concerne que les gamètes. Concernant les embryons, l'anonymat est absolu.

Les auteurs du projet parental et les donneurs peuvent se rendre dans tous les centres de fécondité belges pour un don connu. Un refus éventuel n'est possible, comme pour chaque demande de procréation médicalement assistée, que dans les cas énumérés à l'article 5 de la loi.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Il n'est pas toujours évident d'interpréter correctement la loi mais la réponse de la ministre clarifie les choses. Le législateur a choisi d'autoriser seulement le don connu. Cela peut poser problème.*

(La séance est levée à 17 h.)

Requalification en question écrite avec remise de la réponse

- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le Conseil supérieur de la santé et la vaccination » (n° 5-3214) (QE 5-9214)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le fonctionnement de la Plateforme de concertation fédérale des soins palliatifs » (n° 5-3314) (QE 5-9215)
- Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la surconsommation de médicaments par les nourrissons et les jeunes enfants » (n° 5-3371) (QE 5-9216)
- Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la pénurie de médecins urgentistes » (n° 5-3372) (QE 5-9217)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'assistance au suicide » (n° 5-3378) (QE 5-9218)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les prises de sang de patients hospitalisés » (n° 5-3400) (QE 5-9219)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les honoraires de surveillance pour les médecins des hôpitaux psychiatriques » (n° 5-3404) (QE 5-9220)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'Office de contrôles des

niet-anonieme donatie berustend op de toestemming van de donor en de ontvanger toestaat, moet er een akkoord tussen de donor en de ontvangers bestaan alvorens tot donatie kan worden overgegaan. Uit dat alles volgt dat gekende donatie de enige toegestane vorm van niet-anonieme donatie is. Gekende donatie kan overigens alleen voor gameten, bij embryo's is de anonimiteit absoluut.

Wensouders en donoren kunnen in elk Belgisch fertiliteitscentrum terecht voor een gekende donatie. Een eventuele weigering is, zoals bij elk verzoek tot medisch begeleide voortplanting, slechts mogelijk in de gevallen die in artikel 5 van de wet zijn opgesomd.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Het is niet altijd zo gemakkelijk om de wet goed te interpreteren, maar het antwoord van de minister maakt het zeer duidelijk. De wetgever heeft ervoor gekozen enkel de gekende donatie toe te staan. Dat kan voor problemen zorgen, maar ik dank de minister in elk geval voor haar klaar antwoord.

(De vergadering wordt gesloten om 17 uur.)

Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord

- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de Hoge Gezondheidsraad en vaccinaties” (nr. 5-3214) (SV 5-9214)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de werking van het Federaal Overlegplatform palliatieve zorg” (nr. 5-3314) (SV 5-9215)
- Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het overmatig gebruik van medicijnen bij baby's en peuters” (nr. 5-3371) (SV 5-9216)
- Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het tekort aan spoedartsen” (nr. 5-3372) (SV 5-9217)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de hulp bij zelfdoding” (nr. 5-3378) (SV 5-9218)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de bloedafnames bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten” (nr. 5-3400) (SV 5-9219)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de toezichtshonoraria voor artsen werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen” (nr. 5-3404) (SV 5-9220)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de Controledienst voor de

- mutualités » (n° 5-3414) (QE 5-9221)
- Demande d’explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le plan belge pour les maladies rares » (n° 5-3415) (QE 5-9222)
 - Demande d’explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la relation entre les chances de survie des malades du cancer et l’hôpital qui les soigne » (n° 5-3434) (QE 5-9223)
 - Demande d’explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le remboursement de médicaments non enregistrés » (n° 5-3438) (QE 5-9224)
 - Demande d’explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’accroissement de l’attractivité de la profession d’infirmier » (n° 5-3442) (QE 5-9225)
 - Demande d’explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’assistance médicale à l’étranger » (n° 5-3474) (QE 5-9226)
 - Demande d’explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la *health literacy* » (n° 5-3489) (QE 5-9228)
 - Demande d’explications de Mme Lies Jans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’inscription d’enfants adoptables auprès d’une mutuelle » (n° 5-3516) (QE 5-9229)
 - Demande d’explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le NuvaRing » (n° 5-3529) (QE 5-9230)
 - Demande d’explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les implants mammaires injectables et le dépistage du cancer du sein » (n° 5-3530) (QE 5-9231)
 - Demande d’explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la nouvelle méthode d’amaigrissement Lipolaser » (n° 5-3531) (QE 5-9232)
 - Demande d’explications de Mme Nele Lijnen au vice-premier ministre et ministre des Affaires étrangères, du Commerce extérieur et des Affaires européennes et à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le coronavirus » (n° 5-3561) (QE 5-9233)
 - Demande d’explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’application de l’article 17 de la charte de l’assuré social à l’assurance obligatoire soins de santé » (n° 5-3565) (QE 5-9235)
- ziekenfondsen” (nr. 5-3414) (SV 5-9221)
- Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het Belgisch plan voor zeldzame ziekten” (nr. 5-3415) (SV 5-9222)
 - Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de relatie tussen de overlevingskansen van kankerpatiënten en het ziekenhuis waarin ze worden verpleegd” (nr. 5-3434) (SV 5-9223)
 - Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de terugbetaling van niet geregistreerde geneesmiddelen” (nr. 5-3438) (SV 5-9224)
 - Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het aantrekkelijker maken van het beroep van verpleger” (nr. 5-3442) (SV 5-9225)
 - Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de medische hulpverlening in het buitenland” (nr. 5-3474) (SV 5-9226)
 - Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de *health literacy*” (nr. 5-3489) (SV 5-9228)
 - Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de inschrijving van te adopteren kinderen bij een ziekenfonds” (nr. 5-3516) (SV 5-9229)
 - Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de NuvaRing” (nr. 5-3529) (SV 5-9230)
 - Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de injecteerbare borstimplantaten en de borstkankerscreening” (nr. 5-3530) (SV 5-9231)
 - Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de nieuwe Lipolaser-afslankmethode” (nr. 5-3531) (SV 5-9232)
 - Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Europese Zaken en aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het coronavirus” (nr. 5-3561) (SV 5-9233)
 - Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de toepassing van het artikel 17 van het handvest van de sociaal verzekerde op de verplichte ziekteverzekering” (nr. 5-3565) (SV 5-9235)

- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la modification de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités » (n° 5-3566) (QE 5-9236)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'attitude du service du contrôle administratif de l'INAMI relative aux recouvrements réalisés par les mutuelles » (n° 5-3567) (QE 5-9237)
- Demande d'explications de Mme Christine Defraigne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la sensibilisation et l'information des patients en matière de santé » (n° 5-3569) (QE 5-9238)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'interprétation de l'absence de bonne foi de l'assuré social dans le cadre de l'article 17 de la charte de l'assuré social » (n° 5-3572) (QE 5-9239)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la circulaire du 29 août 2012 de l'INAMI sur l'interprétation de l'arrêt de la Cour constitutionnelle relatif aux recouvrements des mutuelles » (n° 5-3573) (QE 5-9240)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le contrôle de l'application uniforme des délais de prescription tels que prévus par la loi du 14 juillet 1994 » (n° 5-3574) (QE 5-9241)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la proposition de l'INAMI d'adapter les articles 164, 174 et 194 de la loi du 14 juillet 1994 » (n° 5-3599) (QE 5-9242)
- Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'admissibilité légale de la vente directe de dispositifs médicaux aux patients » (n° 5-3603) (QE 5-9243)
- Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la possibilité de remboursement de dispositifs médicaux invasifs sur mesure » (n° 5-3604) (QE 5-9244)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le projet pilote Test-Out » (n° 5-3626) (QE 5-9245)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de wijziging van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen” (nr. 5-3566) (SV 5-9236)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de houding van de dienst voor administratieve controle van het RIZIV inzake de terugvorderingen uitgevoerd door ziekenfondsen” (nr. 5-3567) (SV 5-9237)
- Vraag om uitleg van mevrouw Christine Defraigne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de sensibilisering en het informeren van patiënten inzake gezondheid” (nr. 5-3569) (SV 5-9238)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de interpretatie van de afwezigheid van goede trouw van de sociaal verzekerde in het kader van artikel 17 van het handvest van de sociaal verzekerde” (nr. 5-3572) (SV 5-9239)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de omzendbrief van 29 augustus 2012 van het RIZIV over de interpretatie van het arrest van het Grondwettelijk Hof inzake de terugvorderingen door de ziekenfondsen” (nr. 5-3573) (SV 5-9240)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de controle op de uniforme toepassing van de verjaringstermijnen zoals voorzien in de wet van 14 juli 1994” (nr. 5-3574) (SV 5-9241)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het voorstel van het RIZIV tot aanpassing van de artikelen 164, 174 en 194 van de wet van 14 juli 1994” (nr. 5-3599) (SV 5-9242)
- Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de wettelijke toelaatbaarheid van de rechtstreekse verkoop van medische hulpmiddelen aan patiënten” (nr. 5-3603) (SV 5-9243)
- Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de terugbetaalbaarheid van invasieve medische hulpmiddelen op maat” (nr. 5-3604) (SV 5-9244)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het proefproject Test-Out” (nr. 5-3626) (SV 5-9245)