

**Sénat de Belgique**

**Session ordinaire 2013-2014**



**5-251COM**

**Commission des Affaires sociales**

**Mardi 22 octobre 2013**

**Séance de l'après-midi**

**Annales**

**Handelingen**

**Commissie voor de Sociale  
Aangelegenheden**

**Dinsdag 22 oktober 2013**

**Namiddagvergadering**

**5-251COM**

**Gewone Zitting 2013-2014**

**Belgische Senaat**

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](http://www.senate.be)    [www.lachambre.be](http://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](http://www.senate.be)    [www.dekamer.be](http://www.dekamer.be)

**Sommaire****Inhoudsopgave**

Demande d'explications de Mme Cécile Thibaut à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le rôle des témoins lors d'une demande d'euthanasie» (n° 5-3642).....6	Vraag om uitleg van mevrouw Cécile Thibaut aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de rol van de getuigen bij een euthanasieverzoek» (nr. 5-3642)..... 6
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 «l'utilisation de la vidéoconférence pour l'accueil des personnes sourdes et malentendantes en milieu hospitalier» (n° 5-3681).....7	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van videoconferencing in ziekenhuizen voor de opvang van doven en slechthorenden» (nr. 5-3681)..... 7
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 grande dépendance» (n° 5-3741) .....10	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de zwaar zorgbehoevenden» (nr. 5-3741) ..... 10
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 médicament Avastin» (n° 5-3888) .....11	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het geneesmiddel Avastin» (nr. 5-3888) ..... 11
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 contingentement des kinésithérapeutes» (n° 5-3884).....12	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de contingentering van de kinesitherapeuten» (nr. 5-3884) ..... 12
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 jeunes aux confins des secteurs de l'aide à la jeunesse, du handicap et de la santé mentale» (n° 5-3907).....14	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de jongeren die zich op de grens bevinden tussen de sectoren van de jeugdzorg, de gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg» (nr. 5-3907) ..... 14
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les effets du bruit des avions sur la santé publique» (n° 5-4082) .....15	Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de gevolgen van vliegtuiggeluid op de volksgezondheid» (nr. 5-4082)..... 15
Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «un service de crise pour enfants et jeunes en besoin urgent d'aide psychiatrique» (n° 5-3606) .....17	Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «een crisisdienst voor kinderen en jongeren met dringende nood aan psychiatrische hulp» (nr. 5-3606) ..... 17
Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les répercussions de la sixième réforme de l'État sur l'organisation de la psychiatrie infantile et juvénile en Belgique» (n° 5-3607) .....20	Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de impact van de zesde Staatshervorming op de organisatie van de kinder- en jeugdpsychiatrie in België» (nr. 5-3607) ..... 20
Demande d'explications de M. Benoit Hellings à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le suivi épidémiologique des infections et maladies sexuellement transmissibles» (n° 5-3864).....21	Vraag om uitleg van de heer Benoit Hellings aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de epidemiologische opvolging van seksueel overdraagbare infecties en ziekten» (nr. 5-3864)..... 21

Demande d'explications de M. Gérard Deprez à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les sages-femmes et la liberté pour la femme de choisir son professionnel pour le suivi de sa grossesse» (n° 5-4001).....23	Vraag om uitleg van de heer Gérard Deprez aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vroedvrouwen en de keuzevrijheid van een vrouw inzake de professionele begeleiding van haar zwangerschap» (nr. 5-4001)..... 23
Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les admissions forcées dans les institutions psychiatriques» (n° 5-3880) .....26	Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de gedwongen opnames in psychiatrische instellingen» (nr. 5-3880) .....26
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 la valve aortique percutanée» (n° 5-3912).....28	Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van de percutane aortaklep» (nr. 5-3912)..... 28
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement de la valve aortique percutanée» (n° 5-4039).....28	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van de percutane aortaklep» (nr. 5-4039)..... 28
Demande d'explications de M. Johan Verstreken à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'évolution de la formation d'infirmier» (n° 5-3919) .....30	Vraag om uitleg van de heer Johan Verstreken aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de evolutie van de opleiding van verpleegkundigen» (nr. 5-3919) .....30
Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les honoraires des spécialistes dans les hôpitaux belges» (n° 5-4006).....32	Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de specialistenhonoraria in de Belgische ziekenhuizen» (nr. 5-4006)..... 32
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la présidence de la Commission de planification» (n° 5-3954).....34	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de voorzitter van de Planningscommissie» (nr. 5-3954) ..... 34
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les frais d'aménagement de confort dans les hôpitaux» (n° 5-3975).....34	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de accommodatiekosten in de ziekenhuizen» (nr. 5-3975) ..... 34
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les suppléments d'honoraires des services de soins intensifs» (n° 5-4022) .....34	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ereloon-supplementen op de dienst intensieve zorg» (nr. 5-4022)..... 34
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement de l'Avastin» (n° 5-4028).....37	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van Avastin» (nr. 5-4028) ..... 37
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le prolongement automatique du dossier médical global dans les maisons médicales» (n° 5-4036).....38	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de automatische verlenging van het globaal medisch dossier bij wijkgezondheidscentra» (nr. 5-4036)..... 38
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la construction d'un centre d'hadronthérapie en Belgique» (n° 5-4037) .....39	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de bouw van een hadroncentrum in België» (nr. 5-4037)..... 39
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'établissement d'un centre d'hadronthérapie en Belgique» (n° 5-4064).....39	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de oprichting van een centrum voor hadrontherapie in België» (nr. 5-4064)..... 39

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la recommandation du Comité d'évaluation des risques en pharmacovigilance à propos de la dompéridone» (n° 5-4103) .....40	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbeveling van het Risicobeoordelingscomité voor geneesmiddelenbewaking over domperidone» (nr. 5-4103) .....40
Requalification en question écrite avec remise de la réponse .....41	Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord.....41

**Présidence de Mme Nele Lijnen***(La séance est ouverte à 14 h 30.)***Demande d'explications de Mme Cécile Thibaut à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le rôle des témoins lors d'une demande d'euthanasie» (n° 5-3642)**

**Mme Cécile Thibaut (Ecolo).** – Notre législation a admis l'acte euthanasique par une loi du 28 mai 2002. Pour pouvoir prétendre à l'euthanasie, le patient doit être majeur ou mineur émancipé, être capable et conscient au moment de sa demande, effectuer une demande volontaire, réfléchie et répétée, qui ne résulte pas d'une pression extérieure, se trouver dans une situation médicale sans issue et faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable.

Afin de pouvoir respecter la volonté du patient incapable ou inconscient, la loi permet de tenir compte d'une déclaration anticipée. L'article 4 de la loi sur l'euthanasie prévoit que pour être valable, la déclaration « doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant ».

Le même article précise également que si une personne souhaitant faire une déclaration anticipée est physiquement dans l'impossibilité permanente de la rédiger et de la signer, elle peut faire acter celle-ci par écrit par une personne majeure de son choix. Cet acte, toujours réalisé en présence de deux témoins, est effectué par une personne qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant.

Le rôle du témoin est un acte citoyen primordial dans la démarche d'une demande anticipée d'euthanasie. Il n'est pas toujours évident pour la personne souhaitant réaliser une déclaration anticipée d'euthanasie de trouver dans son entourage deux personnes acceptant de l'assister dans cette tâche particulière.

La mise en place d'un registre de personnes acceptant d'être témoins dans le cadre d'une telle déclaration anticipée permettrait dans ce cas de faciliter la démarche. Il est encore à noter que malheureusement, cet acte est bien souvent méconnu de nombreuses personnes.

Madame la ministre, envisagez-vous de mettre en place un dispositif visant à informer au mieux les citoyens du rôle de témoin dans le cadre d'une déclaration anticipée d'euthanasie ?

Ne serait-il pas opportun d'établir un registre de témoins volontaires dans le cadre d'une déclaration anticipée d'euthanasie ?

**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 vertu de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, la rédaction d'une déclaration anticipée nécessite effectivement la présence de deux témoins dont l'un au moins n'a pas d'intérêt

**Voorzitter: mevrouw Nele Lijnen***(De vergadering wordt geopend om 14.30 uur.)***Vraag om uitleg van mevrouw Cécile Thibaut aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de rol van de getuigen bij een euthanasieverzoek» (nr. 5-3642)**

**Mevrouw Cécile Thibaut (Ecolo).** – Euthanasie is wettelijk toegestaan krachtens de wet van 28 mei 2002. Om aanspraak te kunnen maken op euthanasie moet de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige zijn die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek; moet het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald zijn en niet tot stand zijn gekomen als gevolg van enige externe druk; en moet de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevinden van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden.

*Teneinde de wil van de handelingsonbekwame of onbewuste patiënt te respecteren, maakt de wet het mogelijk gebruik te maken van een wilsverklaring. Om geldig te zijn moet deze verklaring krachtens artikel 4 van de euthanasiewet "schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt".*

*Dat artikel bepaalt ook dat de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen, maar fysiek blijvend niet in staat is om ze op te stellen en te tekenen, een meerderjarig persoon kan aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen. Die persoon mag geen materieel belang hebben bij het overlijden van de patiënt.*

*De rol van getuige is een fundamentele burgerdaad in het kader van een wilsverklaring inzake euthanasie. Voor de persoon die een wilsverklaring inzake euthanasie wil opstellen, is het niet altijd evident om in zijn omgeving twee personen te vinden die hem willen bijstaan bij deze bijzondere opdracht.*

*Het aanmaken van een register van personen die getuige willen zijn in het kader van een dergelijke wilsverklaring zou deze stap vergemakkelijken. Jammer genoeg zijn te weinig burgers op de hoogte van deze mogelijkheid.*

*Overweegt de minister te voorzien in een regeling die de burgers zo goed mogelijk inlicht over de rol van getuige in het kader van een wilsverklaring inzake euthanasie?*

*Zou het niet opportuun zijn een register van vrijwillige getuigen op te stellen in het kader van de wilsverklaring inzake euthanasie?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Krachtens de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, is voor het opstellen van een wilsverklaring inderdaad de aanwezigheid vereist van twee getuigen, van wie er minstens een geen materieel*

matériel au décès.

En signant la déclaration, les témoins confirment que le déclarant a rédigé sa déclaration librement et consciemment. Un fils ou une sœur, un voisin proche ou le médecin de famille peuvent, par exemple, être les témoins du déclarant.

Le modèle de déclaration anticipée, qui est annexé à l'arrêté royal du 2 avril 2003 mentionne expressément que la déclaration est approuvée par deux témoins. Ces derniers doivent indiquer certaines coordonnées afin d'être identifiés si nécessaire.

Il me paraît évident qu'il est plus aisé pour une personne de constater que le déclarant est en état d'apprécier correctement ses intérêts et qu'il s'exprime librement sans la pression d'un tiers, si elle le connaît. Il me paraît par contre délicat, pour une personne extérieure, de décider rapidement des capacités d'une personne qu'elle n'aurait jamais rencontrée auparavant.

Par conséquent, l'idée de faire appel à des témoins volontaires ne me paraît pas nécessairement opportune.

En outre, la mise sur pied d'un registre de témoins engendre de multiples questions. Qui peut être témoin volontaire ? Comment y faire appel ? Quelle administration gère le registre ? Je voudrais aussi préciser qu'un registre quel qu'il soit nécessite des frais administratifs non négligeables. Il ne me semble pas, à l'heure actuelle, qu'un tel investissement soit nécessaire.

Cela étant, concernant l'information au citoyen en matière d'euthanasie, j'ai demandé à mon administration d'insérer des éléments relatifs aux témoins dans la Foire aux questions consacrée à l'euthanasie sur le site internet du SPF Santé publique.

**Mme Cécile Thibaut (Ecolo).** – Je remercie la ministre de sa réponse. La question avait été soulevée dans nos débats et il me semblait important d'avoir son avis.

Je la remercie également de veiller à une bonne diffusion de l'information concernant le rôle des témoins.

**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 «l'utilisation de la vidéoconférence  
pour l'accueil des personnes sourdes et  
malentendantes en milieu hospitalier»  
(n° 5-3681)**

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Madame la ministre, je vous avais interrogée en janvier 2012 au sujet de l'accueil des personnes sourdes et malentendantes en milieu hospitalier.

Vous m'aviez alors répondu que des projets-pilotes, dans lesquels des médiateurs interculturels intervenaient dans les hôpitaux à l'aide d'un système de vidéoconférence, avaient été menés en 2011 et que certains de ces hôpitaux travaillaient avec des interprètes en langue des signes. Vous ajoutiez que « le plus grand avantage de cette initiative est sans aucun

*belang heeft bij het overlijden.*

*Door het ondertekenen van de wilsverklaring bevestigen de getuigen dat de betrokkene zijn verklaring vrij en bewust heeft opgesteld. Een zoon of een zus, een naaste buur of de huisarts kunnen bijvoorbeeld getuigen zijn van degene die de verklaring aflegt.*

*Het model voor de wilsverklaring inzake euthanasie, dat bij het koninklijk besluit van 2 april 2003 gevoegd is, vermeldt uitdrukkelijk dat de wilsverklaring onderschreven wordt door twee getuigen. Zij moeten bepaalde gegevens invullen zodat ze indien nodig kunnen worden geïdentificeerd.*

*Iemand die de persoon kent die de verklaring aflegt, kan gemakkelijker vaststellen dat de betrokkene in staat is zijn belangen correct in te schatten en dat hij zijn wil vrij te kennen geeft, zonder druk van een derde. Voor een buitenstaander lijkt het mij daarentegen delicaat om snel te oordelen over de capaciteiten van een persoon die hij nooit eerder ontmoet zou hebben.*

*Het idee om een beroep te doen op vrijwillige getuigen is daarom niet noodzakelijk opportuun.*

*Bovendien brengt de opmaak van een register van getuigen tal van vragen met zich mee. Wie kan vrijwillig getuige zijn? Hoe kan men er een beroep op doen? Welke administratie beheert het register? Een register brengt ook belangrijke kosten mee. Een dergelijke investering lijkt mij thans niet noodzakelijk.*

*Wat de informatieverstrekking over euthanasie aan de burger betreft, heb ik mijn administratie gevraagd elementen met betrekking tot de getuigen op te nemen in de FAQ gewijd aan euthanasie op de website van de FOD Volksgezondheid.*

**Mevrouw Cécile Thibaut (Ecolo).** – Ik dank de minister voor haar antwoord. Deze vraag is aan bod gekomen tijdens onze debatten, en het leek mij belangrijk om haar mening te kennen.

*Ik dank haar ook omdat ze wil zorgen voor een goede informatieverstrekking over de rol van de getuigen.*

**Vraag om uitleg van  
de heer André du Bus de Warnaffe aan de  
vice-eersteminister en minister van Sociale  
Zaken en Volksgezondheid over «het  
gebruik van videoconferencing in  
ziekenhuizen voor de opvang van doven en  
slechthorenden» (nr. 5-3681)**

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Ik heb de minister al in januari 2012 een vraag gesteld over het onthaal van doven en slechthorenden in ziekenhuizen.

*Ze antwoordde me toen dat er in 2011 pilootprojecten waren waarbij interculturele bemiddelaars in ziekenhuizen werden ingeschakeld via een systeem van videoconferentie en dat sommige ziekenhuizen met gebarentaaltolken werkten. Ze voegde eraan toe dat "het grootste voordeel van het initiatief is dat met een beperkte verhoging van de middelen het aanbod en het aantal patiënten dat door de*

doute qu'avec une relativement faible augmentation des ressources, l'offre et le public aidé par les services de médiation pourront à terme être largement augmentés, en particulier pour les groupes cibles petits en taille, comme celui des patients sourds ».

Vous précisiez enfin que « les initiatives sont d'autant mieux suivies et prises en charge qu'elles viennent des hôpitaux, en concertation avec les associations de personnes sourdes. Le réseau se développe sur ce mode et c'est préférable. Chaque cas est différent, en fonction notamment des ressources de l'hôpital et de ses besoins. En effet, certains établissements ne sont presque jamais confrontés au problème. Notre démarche consiste donc à créer un réseau, par le biais d'un ensemble d'expériences de terrain ».

J'ai été contacté par des associations de personnes sourdes et malentendantes qui souhaitent généraliser ce dispositif de médiation par vidéoconférence à l'ensemble du réseau hospitalier mais qui veulent se baser sur les projets déjà menés qui ont été évalués positivement ainsi que sur l'expérience déjà acquise grâce à ceux-ci.

Madame la ministre, pourriez-vous nous communiquer les résultats des projets-pilotes mis en place en 2011, en ce qui concerne les trois hôpitaux qui utilisent un service de médiation en langue des signes par vidéoconférence ?

Pourriez-vous également nous informer de l'évolution de cette pratique depuis janvier 2012 ? D'autres hôpitaux ont-ils recours à ce système de vidéoconférence pour prendre en charge les patients atteints de surdité ou malentendants ? J'ai cru voir récemment que des hôpitaux bruxellois du Réseau Iris y faisaient appel.

Pourriez-vous enfin préciser en quoi vous pourriez soutenir la création d'un réseau généralisant la pratique de la vidéoconférence pour la médiation avec les patients sourds et malentendants au sein du milieu hospitalier, comme souhaité par les personnes qui m'ont contacté ?

**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 voudrais d'abord vous parler du projet de médiation interculturelle que je soutiens particulièrement car j'estime qu'il est essentiel que dispensateurs de soins et patients puissent se comprendre mutuellement au-delà des barrières de langue, de culture ou de handicap. Je partage bien entendu vos préoccupations concernant les patients sourds et malentendants et vous pouvez constater que mes services y travaillent avec un enthousiasme notable.

Comme vous le savez, l'objectif des projets-pilotes est de tester des modalités et d'en tirer des conclusions. Les résultats des projets-pilotes mis en place en 2011 dans le domaine de la médiation interculturelle par vidéoconférence sont un peu décevants sur un point : le nombre d'interventions en langue des signes reste faible.

Cela peut être expliqué de différentes manières. D'une part, les hôpitaux participant au projet ont rencontré des difficultés techniques lors de la mise en place du projet : réseau insuffisant, retard dans la réception du matériel, etc. D'autre part, les hôpitaux ont éprouvé beaucoup de difficulté à trouver des interprètes en langue des signes ayant les compétences

*bemiddelingsdiensten wordt geholpen, aanzienlijk kunnen worden verhoogd. Dat geldt in het bijzonder voor beperkte doelgroepen, zoals de dove patiënten”.*

*De minister verduidelijkte nog dat “die initiatieven des te efficiënter zijn omdat ze uitgaan van de ziekenhuizen, in overleg met de dovenverenigingen. Het netwerk wordt op die leest uitgebreid en dat lijkt een goede zaak. Elk geval is verschillend, gelet op de middelen en de noden van het ziekenhuis. Sommige instellingen worden bijna nooit met het probleem geconfronteerd. We bouwen dus een netwerk uit op basis van de ervaringen op het terrein”.*

*Verenigingen van doven en slechthorenden hebben mij laten weten dat ze dit systeem van bemiddeling via videoconferentie wenselijk vinden voor alle ziekenhuizen. Ze willen zich daarbij baseren op de projecten die al plaatsvonden en die positief werden geëvalueerd, evenals op de ervaring die dankzij die projecten werd opgedaan.*

*Wat zijn de resultaten van de pilootprojecten uit 2011 in de drie ziekenhuizen die gebruik maken van een systeem van bemiddeling in gebarentaal via videoconferentie?*

*Hoe is dit in de praktijk geëvolueerd sedert januari 2012? Maken andere ziekenhuizen gebruik van het systeem van videoconferentie om dove of slechthorende patiënten te helpen? Naar ik meen zag ik onlangs dat Brusselse ziekenhuizen van het Iris-netwerk dit ook doen.*

*Hoe kan de minister de oprichting van een algemeen netwerk van videoconferentie voor de contacten met dove en slechthorende patiënten in ziekenhuizen ondersteunen?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik wil eerst het project voor interculturele bemiddeling toelichten, waar ik heel erg achter sta omdat ik vind dat het essentieel is dat zorgverstrekkers en patiënten elkaar goed verstaan, zonder gehinderd te worden door verschillen inzake taal, cultuur of fysieke beperking. Ik deel de bezorgdheid met betrekking tot dove en slechthorende patiënten en mijn diensten werken daar met groot enthousiasme aan.*

*Het doel van de pilootprojecten is de werkwijze uit te testen en daar besluiten uit te trekken. De resultaten van de pilootprojecten uit 2011 met betrekking tot de interculturele bemiddeling via videoconferentie stellen op één punt enigszins teleur: het aantal interventies in gebarentaal blijft laag.*

*Daar kunnen verschillende verklaringen voor zijn. De ziekenhuizen die aan het project deelnamen hebben technische moeilijkheden gehad bij de invoering van het project: ontoereikend netwerk, vertraging bij de ontvangst van het materieel, enz. Anderzijds konden de ziekenhuizen maar moeilijk gebarentaaltolken vinden met de vereiste bekwaamheden.*



requis.

Depuis janvier 2012, le nombre d'interventions en langue des signes augmente lentement mais régulièrement. Le nombre d'hôpitaux et d'institutions de première ligne disposant du système de vidéoconférence s'accroît également progressivement. Fin octobre 2013, la plupart des hôpitaux bénéficiant d'un subside pour la médiation interculturelle, soit une cinquantaine, disposeront du système de médiation par internet et pourront dès lors faire appel au médiateur en langue des signes par ce canal. Il s'agit d'une forme de mutualisation des ressources. De plus, tous les hôpitaux qui ne reçoivent aucun subside pour la médiation interculturelle pourront bénéficier du système, sur une base volontaire.

Dans les expériences semblables menées à l'étranger, on a pu constater que ce genre de projets a besoin d'une période relativement longue pour se développer. Le problème qui se pose par rapport à la langue des signes est que les personnes sourdes sont encore peu au courant de cette possibilité d'interprétation par vidéoconférence, voire n'en sont pas du tout informées. Les contacts avec les fédérations de patients se construisent pas à pas.

Pour ce faire, nous avons créé un site internet diffusant des informations pour les personnes sourdes. Il s'agit notamment d'un film explicatif en langue des signes, d'une liste mise à jour des hôpitaux et maisons médicales disposant du système, du formulaire de demande d'un interprète par vidéoconférence.

Le 3 septembre dernier, j'ai présenté le site internet au CHU de Charleroi en présence de représentants des associations des personnes sourdes. Je peux vous dire que ce fut un beau succès. Dans les mois qui viennent, de nouveaux projets de promotion de ce service seront organisés par le SPF Santé publique. Dans ce cadre, les associations de personnes sourdes seront bien entendu contactées.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Vous pointez du doigt un problème qui est largement identifié par l'ensemble de la communauté des personnes sourdes, à savoir la pénurie d'interprètes. Je sais que la Fédération Wallonie-Bruxelles y travaille de façon active par la mise sur pied d'un master en langue des signes. On ne peut toutefois attendre les premiers diplômés que dans cinq ans au plus tôt. La question de la mobilisation des personnes qui ont des compétences en langue des signes mais ne disposent pas toujours des diplômes et reconnaissances nécessaires, se pose donc véritablement. Mais il s'agit-là d'un autre sujet que vous devrez traiter avec votre homologue de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

J'en viens aux hôpitaux. Vous dites que les hôpitaux qui ne perçoivent pas de subside de médiation interculturelle peuvent bénéficier du système de vidéoconférence par internet que vous avez mis sur pied récemment. Ces hôpitaux doivent-ils pour ce faire investir dans l'acquisition d'un matériel spécifique ?

**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 faut que ces hôpitaux disposent d'un médiateur interculturel et donc qu'un service y soit organisé. Il faut en outre que ces hôpitaux se portent candidats. Cela se fait sur une base volontaire.

*Sedert januari 2012 stijgt het aantal interventies in gebarentaal traag maar gestaag. Het aantal ziekenhuizen en eerstelijnsinstellingen dat over een systeem van videoconferentie beschikt neemt ook geleidelijk toe. Eind oktober 2013 zullen de meeste ziekenhuizen met een subsidie voor interculturele bemiddeling, namelijk een vijftigtal, over een systeem van bemiddeling via internet beschikken en aldus een beroep kunnen doen op een bemiddelaar door gebruik te maken van gebarentaal. Het is een manier om de beschikbare middelen te verdelen. Alle ziekenhuizen die geen subsidie ontvangen voor interculturele bemiddeling zullen op vrijwillige basis van het systeem gebruik kunnen maken.*

*Bij gelijkaardige experimenten in het buitenland werd vastgesteld dat dit soort projecten zich over een vrij lange periode ontwikkelt. Het probleem met gebarentaal is dat veel dove mensen er nog niet zo goed of zelfs helemaal niet van op de hoogte zijn dat ze de hulp van een tolk kunnen krijgen via videoconferentie. Gaandeweg wordt de dialoog met de patiëntenfederaties opgebouwd.*

*We hebben daartoe een website opgericht die informatie verspreidt voor doven. Daar vindt men een film met uitleg in gebarentaal, een geactualiseerde lijst van ziekenhuizen en medische praktijken die over het systeem beschikken en een formulier voor het aanvragen van een tolk via videoconferentie.*

*Op 3 september jongstleden stelde ik de website voor in het universitair ziekenhuis van Charleroi in het bijzijn van vertegenwoordigers van dovenverenigingen. Het was een succesvol gebeuren. In de komende maanden zal de FOD Volksgezondheid deze dienst verder promoten. Daarbij zullen de verenigingen van doven en slechthorenden zeker ook betrokken worden.*

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – De minister verwees naar een probleem dat welbekend is in de dovengemeenschap, namelijk het gebrek aan tolken. Ik weet dat de Franse Gemeenschap zich daar actief voor inzet, door de oprichting van een master in de gebarentaal. De eerste diploma's zullen evenwel pas over vijf jaar worden uitgereikt. Er is dus echt wel een probleem om mensen in te schakelen met kennis van gebarentaal, maar die niet over de vereiste diploma's of erkenningen beschikken. Dat probleem zal de minister moeten bekijken met haar collega's van de Franse Gemeenschap.

*Dan kom ik tot de ziekenhuizen. De minister zei dat de ziekenhuizen die geen subsidie ontvangen voor interculturele bemiddeling ook gebruik kunnen maken van het systeem van videoconferentie via internet dat onlangs werd geïntroduceerd. Moeten die ziekenhuizen dan investeren in de aankoop van specifiek materieel?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Die ziekenhuizen moeten een interculturele bemiddelaar hebben en hun dienstverlening moet daarop afgestemd zijn. Ze moeten zich ook kandidaat stellen. Maar dit gebeurt op vrijwillige basis.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Cela nécessite-t-il un investissement ? Telle est 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. – Évidemment.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – De quel ordre est cet investissement ? S'agit-il de matériel et/ou de personnel ?

**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 propose de me demander ces compléments d'informations par écrit. Je ne dispose pas ici de tous les renseignements.

### **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 grande dépendance» (n° 5-3741)**

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – La Conférence ministérielle a pris des décisions concernant la grande dépendance. Trois groupes-cibles ont été déterminés : les personnes autistes, les personnes cérébro-lésées et les personnes polyhandicapées. L'objectif est de venir en aide, par les moyens de l'INAMI, à ces personnes et à leur famille.

Ce projet a été entamé depuis quelques années. C'est pourquoi je souhaite faire le point sur la situation qui mobilise de nombreux acteurs.

À titre d'exemple, le secteur de l'autisme s'est mobilisé voici une semaine et a fait part de ses priorités, plaidant en faveur d'un réel plan national pour l'autisme.

Pouvez-vous indiquer, madame la ministre, les décisions qui ont été adoptées, les budgets alloués, les projets réalisés et les modes de concertation avec les secteurs visés ?

**Mme Laurette Onkelinx,** vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Pour le groupe cible des patients présentant des troubles du comportement, de l'autisme et/ou une déficience mentale, un budget de deux millions d'euros a été alloué dans le cadre du plan Maladies chroniques – grande dépendance. Par ailleurs, les instances de décision de l'INAMI avaient préalablement réservé un budget de 1 700 000 euros pour financer le projet d'un centre francophone qui s'adresse au même groupe cible. Ces deux budgets ont été réunis ; le centre francophone couvre les besoins de l'ensemble de la partie francophone du pays, avec des unités ambulatoires à Bruxelles, Mons et Liège ainsi qu'une unité résidentielle à Mons. Le budget de deux millions a donc été affecté à la création d'un centre qui doit répondre aux besoins de la partie néerlandophone du pays.

Le centre francophone a ouvert deux de ces unités le 1<sup>er</sup> juillet ; les deux autres suivront dans les douze mois. Du côté néerlandophone, aucun centre n'avait introduit de candidature spontanée. Une consultation a donc été lancée en collaboration avec le cabinet du ministre flamand de la Santé

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Mijn vraag was of ze daartoe een investering moeten doen.

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

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Wat is de omvang van die investering? Gaat het om mensen en/of middelen?

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik stel voor dat u die bijkomende informatie schriftelijk opvraagt. Ik beschik hier niet over alle inlichtingen daaromtrent.

### **Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de zwaar zorgbehoevenden» (nr. 5-3741)**

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – De ministeriële conferentie heeft drie doelgroepen vastgelegd inzake zwaar zorgbehoevenden: mensen met autisme, personen met een hersenletsel en mensen met een meervoudige handicap. Het doel is deze personen en hun familie via het RIZIV hulp te bieden.

Ik kreeg graag een stand van zaken bij dit project, dat enkele jaren geleden werd opgestart en waar veel actoren bij betrokken zijn.

Zo maakte de sector voor autisme vorige week zijn prioriteiten bekend en pleitte voor een echt nationaal plan voor autisme.

Mevrouw de minister, kunt u ons iets meer zeggen over de beslissingen die werden genomen, de budgetten die werden toegewezen, de projecten die werden gerealiseerd en de manier van overleg met de betrokken sectoren?

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Voor de doelgroep van patiënten met gedragsstoornissen, autisme en/of een mentale achterstand werd, in het kader van het plan voor chronisch zieken een budget van twee miljoen euro uitgetrokken voor de zwaar zorgbehoevenden. De beslissingsorganen van het RIZIV hebben in eerste instantie een budget van 1 700 000 euro gereserveerd voor de financiering van een Franstalig centrum voor dezelfde doelgroep. Beide budgetten werden samengevoegd; het Franstalige centrum staat in voor het hele Franstalige landsgedeelte, met ambulante eenheden in Brussel, Bergen en Luik, alsook een verblijfseenheid in Bergen. Er is een budget van twee miljoen voor de oprichting van een centrum in het Nederlandstalige landsgedeelte.

Het Franstalige centrum opende op 1 juli twee eenheden; de twee andere volgen binnen het jaar. Aan Nederlandstalige kant heeft geen enkel centrum spontaan een kandidatuur ingediend. Er werd overleg gepleegd met Vlaams minister van Welzijn Vandeuren. De tekst van de overeenkomst wordt met de kandidaten besproken. Zodra er een overeenkomst is met

Jo Vandeurzen. Les termes de la convention sont en cours de discussion avec les candidats qui se sont manifestés ; cette convention pourra entrer en vigueur dès qu'un accord aura été trouvé avec les instances de décision de l'INAMI et dès que les candidats seront prêts.

En ce qui concerne les personnes cérébro-lésées, un budget récurrent de 846 869,38 euros servira à financer une nouvelle convention INAMI avec un hôpital en Flandre, afin de prendre en charge des patients atteints de la maladie d'Huntington. Un budget récurrent de 216 671,16 euros permettra l'extension, à partir de ce 1<sup>er</sup> novembre, d'une convention INAMI avec un hôpital en Wallonie en faveur des patients atteints de ladite maladie. Enfin, un financement récurrent de 360 000 euros permettra à six équivalents temps plein d'assurer la formation et le soutien du personnel soignant et aidant proche des patients atteints de la maladie d'Huntington.

Le SPF prépare une proposition de collaboration entre les ligues et les structures hospitalières de référence ; la proposition me sera présentée en novembre prochain. Ces mesures permettront d'accueillir un plus grand nombre de patients dans des structures de soins et d'optimiser la prise en charge à domicile.

### **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 médicament Avastin» (n° 5-3888)**

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Le 8 juillet 2013, le Centre fédéral d'expertise a publié un rapport dans lequel il adapte, en collaboration avec le Collège d'oncologie, le traitement du cancer du sein aux dernières découvertes scientifiques. Dans ce rapport, le KCE déconseille le recours au médicament Avastin dans le traitement du cancer du sein métastatique. Les résultats promis, à savoir une prolongation de la survie de cinq mois et demi, ne sont pas au rendez-vous. De plus, ce médicament coûteux provoque des effets indésirables graves, notamment des hémorragies et des perforations gastro-intestinales.

Le KCE rapporte également que l'autorisation de commercialisation de l'Avastin pour le cancer du sein métastatique a été retirée en novembre 2011 aux États-Unis.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de ce rapport ?

Comptez-vous prendre des mesures concernant ce médicament ?

Avez-vous eu des contacts avec l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, avec l'Agence européenne des médicaments ou avec vos homologues européens au sujet du maintien de l'autorisation de commercialisation de ce médicament ?

**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 suis au courant du rapport et des recommandations du KCE quant à

*de beslissingsorganen van het RIZIV en zodra de kandidaten klaar zijn kan het verdrag van kracht worden.*

*Voor personen met een hersenletsel zal een recurrent budget van 846 869,38 euro aangewend worden voor de financiering van een nieuwe RIZIV-overeenkomst met een ziekenhuis in Vlaanderen voor de behandeling van patiënten met de ziekte van Huntington. Met een recurrent budget van 216 671,16 euro zal voor patiënten met voormelde aandoening vanaf 1 november een overeenkomst van het RIZIV met een ziekenhuis in Wallonië kunnen worden uitgebreid. Tot slot zullen met een recurrente financiering van 360 000 euro zes voltijdse equivalenten kunnen worden ingezet voor de opleiding en begeleiding van het verzorgend personeel van patiënten met de ziekte van Huntington.*

*De FOD werkt aan een voorstel tot samenwerking met de liga's en de referentieziekenhuizen. Het voorstel zal me in november worden voorgelegd. Met deze maatregelen kunnen meer patiënten in zorginstellingen worden opgevangen en kan de thuisverzorging geoptimaliseerd worden.*

### **Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het geneesmiddel Avastin» (nr. 5-3888)**

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Op 8 juli 2013 heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) samen met het College voor Oncologie zijn richtlijn voor de behandeling van borstkanker aan de laatste wetenschappelijke bevindingen aangepast. In het rapport ontraadt het KCE het gebruik van Avastin bij de behandeling van uitgezaaide borstkanker. De beloofde resultaten, een verlenging van de overleving met 5,5 maanden, worden niet gehaald. Bovendien zorgt het dure geneesmiddel voor ernstige nevenwerkingen zoals gastro-intestinale bloedingen en perforaties.

*In november 2011 werd daarom de vergunning van Avastin in de VS ingetrokken voor de behandeling van borstkanker.*

*Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van dit rapport?*

*Zult u maatregelen nemen met betrekking tot dit geneesmiddel?*

*Had u contact met het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, met het Europees Geneesmiddelenbureau of met uw Europese ambtsgenoten over het behoud van de vergunning voor dit geneesmiddel?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik ben op de hoogte van het rapport en de aanbevelingen van het KCE over het*

l'utilisation de l'Avastin dans le cancer du sein métastatique.

Le bureau de la Commission de remboursement des médicaments a discuté de ce rapport lors de sa séance du 9 juillet 2013. Je souligne que ce n'est pas la première fois que le bureau se penche sur ce problème. Voici quelques mois, les experts en oncologie consultés par la Commission de remboursement des médicaments ont souhaité garder l'Avastin comme option thérapeutique car ce dernier reste intéressant lorsqu'aucune autre option n'est envisageable.

Le bureau rappelle que, chez nous et dans le cadre du cancer du sein avec métastases, l'Avastin n'est remboursable que pour les tumeurs du sein dites « triples négatives », c'est-à-dire avec un cancer ne montrant aucune sensibilité hormonale. À part une chimiothérapie générale, également très lourde pour ces patientes, aucune autre option n'est possible. L'Avastin n'est pas remboursable dans d'autres formes de cancer du sein.

Étant donné la situation très sérieuse de ces patientes pour lesquelles, je le répète, aucune autre option thérapeutique n'est envisageable, le bureau de la Commission de remboursement des médicaments a proposé que toutes les données disponibles soient analysées en séance plénière, ce qui a été fait le 27 août, après une présentation complète par le KCE. La commission a alors décidé d'initier une procédure dite « article 38 » afin de voir si une modification des modalités d'accès au remboursement doit être entreprise.

Par ailleurs, le président de la Commission pour les médicaments à usage humain est vice-président de la CRM et membre du bureau. Je suis convaincue qu'il ne manquera pas de se tenir au courant des décisions éventuelles que l'Agence européenne prendra au sujet du maintien de cette indication de l'Avastin et qu'il en informera aussitôt les membres de la CRM lors de leurs travaux.

Il me semble important de prendre en considération toutes les informations disponibles avant de décider d'une mesure aussi radicale que le déremboursement d'une spécialité oncologique.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Nous suivrons également avec intérêt les décisions qui seront prises au niveau européen.

### **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 contingentement des kinésithérapeutes» (n° 5-3884)**

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Madame la ministre, dans votre note de politique générale, vous précisez que « Si possible avant septembre 2013, le concours pour les kinésithérapeutes sera supprimé dans le respect des conditions prévues par la Commission de planification. À cet égard, le Cadastre de la kinésithérapie et l'état des lieux des besoins en matière de kinésithérapie seront finalisés pour le printemps. D'autre part, la concertation avec les communautés se poursuit en vue de l'harmonisation des études de

*gebruik van Avastin bij uitgezaaide borstkanker.*

*Het bestuur van de Terugbetalingscommissie voor Geneesmiddelen heeft het rapport op 9 juli 2013 besproken. Het is niet de eerste keer dat het bestuur zich over dit probleem buigt. Enkele maanden geleden wensten de specialisten in de oncologie, die door de Terugbetalingscommissie voor Geneesmiddelen werden geraadpleegd, Avastin als therapeutische optie te behouden. Het geneesmiddel bleef interessant omdat er geen andere optie was.*

*Het bureau wijst erop dat bij uitgezaaide borstkanker Avastin maar wordt terugbetaald voor borsttumoren die triple negatief zijn, dus wanneer de tumor geen receptoren heeft voor hormonen. Voor deze patiënten is er naast een heel zware, algemene chemotherapie geen enkele andere optie mogelijk. Avastin wordt niet terugbetaald voor andere vormen van borstkanker.*

*Vanwege de bijzonder ernstige situatie van deze patiënten, voor wie er geen enkele therapeutische optie is, heeft het bestuur van de Terugbetalingscommissie voor Geneesmiddelen voorgesteld alle beschikbare gegevens in openbare vergadering te analyseren. Dat is gebeurd op 27 augustus, na een uitvoerige toelichting van het KCE. De commissie besliste een "artikel 38"-procedure op te starten om na te gaan of er een wijziging van de modaliteiten voor terugbetaling nodig is.*

*De voorzitter van de Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik is vicevoorzitter van de Terugbetalingscommissie voor Geneesmiddelen en lid van het bureau. Ik ben ervan overtuigd dat hij op de hoogte zal zijn van de eventuele beslissingen van het Europees Geneesmiddelenbureau aangaande Avastin en dat hij de leden van de Terugbetalingscommissie onmiddellijk zal informeren.*

*Alvorens een radicale maatregel te nemen, zoals het niet meer terugbetalen van een oncologisch geneesmiddel, moeten we alle beschikbare informatie onderzoeken.*

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – We zullen ook de beslissingen op Europees niveau met belangstelling volgen.

### **Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de contingentering van de kinesitherapeuten» (nr. 5-3884)**

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – In uw algemene beleidsnota stelt u: "het vergelijkend examen voor de kinesitherapeuten zal indien mogelijk vóór september 2013 worden afgeschaft, met eerbied voor de voorwaarden waarin de Planningscommissie heeft voorzien. In dat verband zullen het Kadaster kinesitherapie en de stand van zaken van de behoeften inzake kinesitherapie tegen het voorjaar worden afgerond."

*We zijn oktober 2013 en intussen zijn er belangrijke*

kinésithérapie. ».

Madame la ministre, nous sommes en octobre 2013 et entre-temps, des décisions importantes ont été prises.

Je souhaite faire le point sur la situation et vous poser les questions suivantes :

Le cadastre de la kinésithérapie et l'état des lieux des besoins en matière de kinésithérapie sont-ils finalisés ?

Ma question sur le concours pour les kinésithérapeutes n'est plus d'actualité puisque vous avez décidé de le supprimer.

Pourriez-vous nous informer de l'évolution de la concertation avec les communautés en vue de l'harmonisation des études de kinésithérapie ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Comme vous l'avez dit, une de vos questions devient sans objet puisque, entre-temps, est intervenu l'arrêté royal du 26 septembre 2013 qui abroge le concours de sélection des kinésithérapeutes sous sa forme actuelle.

Pour le reste, le cadastre des kinésithérapeutes existe depuis plusieurs années. Il s'agit d'une base de données concernant les professionnels en droit d'exercer. Des statistiques annuelles reprenant les données pour l'ensemble des professions de santé sont d'ailleurs publiées chaque année sur le site du SPF. L'administration a effectué un couplage des données entre le cadastre, l'INAMI, et le Datawarehouse, marché du travail, afin d'avoir une vision complète de l'activité professionnelle des kinés en Belgique. Ce couplage, nommé « plan Cad » ou « cadastre amélioré » est finalisé pour les kinésithérapeutes. Il a fait l'objet de plusieurs *fact sheets* qui seront publiées d'ici la fin de l'année.

Complémentaire à ce couplage, une étude a été réalisée sur l'exercice de la kinésithérapie en tant que salarié dans le secteur des soins de santé. Les résultats en sont également disponibles sur le site du SPF.

Une concertation a eu lieu à plusieurs reprises avec les représentants des communautés, à laquelle a été associé le groupe de travail des kinésithérapeutes de la commission de planification. Dans ce cadre, le ministre Marcourt a lancé une importante réforme de l'enseignement en Fédération Wallonie-Bruxelles prévoyant de faire passer les études de kinésithérapie de quatre à cinq ans, ce qui était l'objectif de ces concertations. À l'issue de la réforme envisagée, je poursuivrai la concertation en vue de mettre en place, dans les deux communautés, des filières diplômantes pour la kinésithérapie.

*beslissingen genomen.*

*Zijn het Kadaster kinesitherapie en de stand van zaken van de behoeften inzake kinesitherapie opgemaakt?*

*Mijn vraag over het vergelijkend examen voor de kinesitherapeuten is achterhaald aangezien u beslist hebt het af te schaffen.*

*Hoe verloopt het overleg met de Gemeenschappen met het oog op de harmonisering van de kinesitherapieopleidingen?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Zoals de heer André du Bus de Warnaffe zei, wordt één van zijn vragen zonder voorwerp aangezien het koninklijk besluit van 26 september 2013 intussen het vergelijkend examen voor kinesitherapeuten in zijn huidige vorm heeft afgeschaft.

*Het Kadaster kinesitherapie bestaat al verschillende jaren. Het betreft een databank van beroepsbeoefenaars die het beroep mogen uitoefenen. Er worden overigens jaarlijks statistieken met de gegevens van alle gezondheidsberoepen op de website van de FOD Volksgezondheid gepubliceerd. De administratie heeft de gegevens van het kadaster, het RIZIV en het Datawarehouse arbeidsmarkt aan elkaar gekoppeld om een volledig beeld te krijgen van de beroepsactiviteit van de kinesisten in België. Die koppeling, genaamd "Plan CAD" of "verbeterd kadaster" is beëindigd voor de kinesitherapeuten. Er werden verschillende fact sheets over geschreven, die zullen worden gepubliceerd voor het einde van dit jaar.*

*Naast die koppeling werd een studie uitgevoerd over het uitoefenen van kinesitherapie als werknemer in de gezondheidszorgsector. De resultaten daarvan zijn eveneens beschikbaar op de site van de FOD Volksgezondheid.*

*Er vond verschillende keren overleg plaats met de vertegenwoordigers van de Gemeenschappen, samen met de werkgroep van de kinesitherapeuten van de planningscommissie. In dat kader heeft minister Marcourt een belangrijke hervorming van het onderwijs in de Franse Gemeenschap op gang gebracht, die erin voorziet de kinesitherapieopleiding van vier op vijf jaar te brengen, wat de doelstelling was van dat overleg. Na afloop van de geplande hervorming zal ik het overleg voortzetten, met de bedoeling in de twee Gemeenschappen studierichtingen voor het behalen van het diploma te organiseren.*

**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 jeunes aux confins des secteurs  
de l'aide à la jeunesse, du handicap et de la  
santé mentale» (n° 5-3907)**

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).** – De nombreux jeunes en souffrance se situent à la frontière entre trois secteurs, à savoir l'aide à la jeunesse, le handicap et la santé mentale, et sont rejetés d'un secteur à l'autre sans trouver de réponse adéquate à leurs besoins. Les acteurs de terrain les désignent d'ailleurs à l'aide d'un qualificatif plutôt triste mais bien révélateur, les « incasables ».

Cette situation est inacceptable et soulève la question des modifications à apporter aux types actuels de prise en charge.

Il nous paraît important que ces trois secteurs se mettent ensemble pour développer un plan d'action commun et un protocole de collaboration afin d'offrir à ces jeunes une prise en charge pertinente et efficiente.

Il semblerait qu'un groupe de travail ait été constitué au sein de la Conférence interministérielle Santé pour mener une réflexion sur les mineurs, à l'instar des projets 107 pour adultes, et que différents acteurs issus de la santé mentale mais également du secteur du handicap et de l'aide à la jeunesse seront amenés à participer à ce groupe de travail. L'intérêt de ce dernier pourrait être de dresser un état des lieux des besoins et des initiatives déjà en place, et d'analyser les mesures qu'il conviendrait de développer pour améliorer la coordination entre les différents secteurs concernés.

Madame la ministre, pouvez-vous confirmer l'existence de ce groupe de travail ? Dans l'affirmative, pouvez-vous en préciser les modalités : participants, agenda, missions, conclusions adoptées jusqu'à présent, etc. ? Dans la négative, pensez-vous qu'une telle initiative soit nécessaire et si oui, comment envisageriez-vous sa mise en place ?

**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 en effet présenté aux membres de la Conférence interministérielle Santé publique du 24 juin dernier une demande émanant de la Communauté française et de la Commission communautaire française pour que soit un groupe de travail de la CIM intègre dans ses réflexions la problématique spécifique de la prise en charge des mineurs relevant de l'aide et de la protection de la jeunesse et présentant une problématique particulière liée à un handicap et/ou à un trouble de santé mentale, soit qu'un groupe de travail spécifique soit créé et que les ministres de l'aide à la jeunesse des deux communautés et la ministre bruxelloise de l'aide aux personnes handicapées soient invitées à ce groupe de travail.

La CIM Santé publique a chargé le groupe de travail inter-cabinet *taskforce* « soins de santé mentale » d'examiner

**Vraag om uitleg van  
de heer André du Bus de Warnaffe aan de  
vice-eersteminister en minister van Sociale  
Zaken en Volksgezondheid over «de  
jongeren die zich op de grens bevinden  
tussen de sectoren van de jeugdzorg, de  
gehandicapten en de geestelijke  
gezondheidszorg» (nr. 5-3907)**

**De heer André du Bus de Warnaffe (cdH).** – Veel jongeren die hulp nodig hebben bevinden zich op de grens van drie sectoren, namelijk die van de jeugdzorg, de gehandicapten en de geestelijke gezondheidszorg. Ze worden van de ene sector naar de andere geslingerd zonder een afdoend antwoord op hun noden.

Die situatie is onaanvaardbaar. De vraag rijst welke aanpassingen aan het huidige type zorgverlening moeten worden aangebracht.

Het lijkt ons belangrijk dat de drie sectoren samen rond de tafel gaan zitten om een gemeenschappelijk actieplan en een samenwerkingsprotocol uit te werken om die jongeren een adequate en efficiënte zorg te bieden.

Er zou een werkgroep zijn samengesteld binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om na te denken over de minderjarigen, naar het voorbeeld van de "projecten 107" voor de volwassenen. Verschillende actoren uit de geestelijke gezondheidszorg, maar ook uit de gehandicaptenzorg en de jeugdzorg zouden deelnemen aan die werkgroep. Het voordeel van die werkgroep kan erin bestaan een stand van zaken van de noden en van de reeds bestaande initiatieven op te maken, en de maatregelen te onderzoeken die zouden moeten worden uitgewerkt om de coördinatie tussen de verschillende betrokken sectoren te verbeteren.

Bestaat die werkgroep inderdaad? Zo ja, kan de minister meer details geven: de deelnemers, de agenda, de opdrachten, de conclusies tot op heden, enzovoorts? Zo nee, is de minister van mening dat een dergelijk initiatief nodig is en zo ja, op welke manier denkt zij een dergelijk initiatief te realiseren?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik heb inderdaad op vraag van de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie aan de leden van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 24 juni jongstleden gevraagd om de specifieke problematiek van de zorgverlening van jongeren die afhangen van de jeugdzorg en die een specifieke problematiek verbonden aan een handicap en/of een geestelijke gezondheidsstoornis vertonen, te bespreken binnen een werkgroep van de IMC, ofwel om een specifieke werkgroep op te richten. Ik heb ook gevraagd dat de ministers voor jeugdzorg van de twee Gemeenschappen en de Brusselse minister voor gehandicaptenzorg worden uitgenodigd deel uit te maken van die werkgroep.

De IMC Volksgezondheid heeft de interkabinettenwerkgroep "taskforce geestelijke gezondheidszorg" de opdracht gegeven

la demande. Cette *taskforce* s'est notamment réunie le 27 août dernier. À cette occasion, les membres se sont mis d'accord pour charger le Comité de rédaction Réforme de l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents d'organiser, avec les représentants des secteurs et les ministres concernés, une réunion ayant pour thème cette problématique spécifique et de déterminer la future méthode de travail.

La CIM Santé publique du 30 septembre a approuvé la proposition du groupe de travail inter-cabinet et a chargé le secrétariat de la CIM de transmettre ces décisions aux ministres. Les lettres ont été envoyées aux ministres et, comme demandé, ces derniers ont communiqué les personnes désignées au comité de rédaction. Les auditions auront lieu le 22 octobre prochain.

### **Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les effets du bruit des avions sur la santé publique» (n° 5-4082)**

*M. Bert Anciaux (sp.a).* – Pour cette question, je soumetts à la ministre deux études récentes, toutes deux parues dans une revue très bien considérée : le *British Medical Journal*. Le premier article est signé par les chercheurs : Andrew W. Correia, Junenette L. Peters, Jonathan I. Levy, Steven Melly et Francesca Dominici. Le deuxième article est signé par Anna L. Hansell, Marta Blangiardo, Lea Fortunato, Sarah Floud, Kees de Hoogh, Daniela Fecht, Rebecca E. Ghosh, Helga E. Laszlo, Clare Pearson, Linda Beale, Sean Beevers, John Gulliver, Nicky Best, Sylvia Richardson et Paul Elliott.

*Dans les deux études, il a été établi un lien direct et statistiquement très significatif entre l'exposition aux bruits des avions (contours de bruit) et les affections cardio-vasculaires, les infarctus du myocarde ou les tumeurs cérébrales. En d'autres mots, dans ces études, on a démontré irréfutablement un lien causal direct entre le bruit des avions et les risques sanitaires que je viens de citer. Je recommande à la ministre, à ses conseillers et aux fonctionnaires de son département de lire ces études.*

*En toute franchise, j'ajoute que la gravité des conséquences des nuisances du vol des avions n'avait pas besoin de preuves supplémentaires. Je veux cependant à l'occasion de la publication de ces études, clouer au pilori une fois de plus les décisions récentes prises par le secrétaire d'État à la Mobilité concernant l'aéroport national, et cette fois avec davantage encore d'insistance.*

*Ses directives récentes sur la direction des vents, et des normes de vent en particulier, ne peuvent plus être tolérées. Avec le rehaussement du critère de force des vents, ce sont toutes les personnes concernées par l'aéroport – les pilotes, les voyageurs et les habitants du voisinage – qui sont exposées dans toutes les zones à un accroissement des dangers et des risques sanitaires simplement parce que la circulation aérienne doit être déplacée pour satisfaire les intérêts d'un groupe limité d'habitants de la zone et favoriser la politique d'expansion sans frein de l'aéroport.*

*Que pense la ministre des études scientifiques récentes qui*

*die vraag te onderzoeken. Die taskforce is samengekomen op 27 augustus laatstleden. Op die vergadering zijn de leden overeengekomen om het redactiecomité "hervorming ggz-aanbod voor kinderen en jongeren" de opdracht te geven een vergadering over die specifieke problematiek te organiseren met de vertegenwoordigers van de sectoren en de betrokken ministers, en om de toekomstige werkwijze te bepalen.*

*De IMC Volksgezondheid van 30 september heeft het voorstel van de interkabinettenwerkgroep goedgekeurd en heeft het secretariaat van de IMC gevraagd die beslissingen ter kennis te brengen van de ministers. De brieven aan de ministers zijn verstuurd en de ministers hebben geantwoord welke personen aangewezen zijn voor het redactiecomité. De hoorzittingen zullen plaatsvinden op 22 oktober eerstkomend.*

### **Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de gevolgen van vliegtuiggeluid op de volksgezondheid» (nr. 5-4082)**

*De heer Bert Anciaux (sp.a).* – Met deze vraag leg ik de minister twee recente studies voor die beide verschenen in het hoog aangeschreven *British Medical Journal*. De eerste is van de hand van is de wetenschappers Andrew W. Correia, Junenette L. Peters, Jonathan I. Levy, Steven Melly en Francesca Dominici, de tweede wetenschappelijke studie is van Anna L. Hansell, Marta Blangiardo, Lea Fortunato, Sarah Floud, Kees de Hoogh, Daniela Fecht, Rebecca E. Ghosh, Helga E. Laszlo, Clare Pearson, Linda Beale, Sean Beevers, John Gulliver, Nicky Best, Sylvia Richardson en Paul Elliott.

In beide studies worden rechtstreekse en statistisch zeer significante verbanden gelegd tussen de blootstelling aan vliegtuiglawaai (geluidscontouren) en cardiovasculaire aandoeningen, hartinfarcten of nog hersentrombose (CVA). Met andere woorden, in die studies wordt een rechtstreeks causaal verband tussen vliegtuiglawaai en de vermelde gezondheidsrisico's onomstotelijk bewezen. Ik beveel de minister, haar adviseurs en de ambtenaren van haar departement dan ook aan de betrokken studies te lezen.

In alle eerlijkheid zeg ik dat de ernst van de gevolgen van vliegtuigoverlast eigenlijk geen extra bewijzen meer behoefde. Toch wil ik naar aanleiding van die studies de recente beslissingen van de staatssecretaris voor Mobiliteit met betrekking tot onze nationale luchthaven nogmaals aan de kaak stellen, en dit keer met meer aandrang dan ooit.

Zijn recente opdrachten betreffende de windrichtingen, en de windnormen in het bijzonder, kunnen niet meer worden getolereerd. Door het optrekken van de windcriteria worden namelijk alle betrokkenen van de luchthaven – piloten, reizigers én omwonenden – in alle zones aan verhoogde veiligheids- en gezondheidsrisico's blootgesteld, louter en alleen omdat het vliegverkeer moet worden verplaatst omwille van de belangen van een beperkte groep omwonenden en ten voordele van een ongebreideld expansiebeleid van de luchthaven.

Hoe beoordeelt de minister de recente wetenschappelijke studies die in het *British Medical Journal* werden

*ont donné lieu à une publication dans le British Medical Journal et dans lesquelles, mais de manière plus angoissante que jamais, il est établi une relation causale entre le bruit des avions et des troubles de santé sévères ?*

*Comment la ministre interprète-t-elle les conclusions scientifiques à la lumière des décisions récentes du secrétaire d'État à la Mobilité qui, contre tous les avis, contre tous les indicateurs internationaux et de santé, et contre les recommandations a décidé de fixer des normes de vent inacceptables qui vont engendrer non seulement des risques pour la santé mais aussi pour la sécurité ? Je me souviens de ce que la ministre Onkelinx, il y a quelques années, insistait fortement pour que l'on fasse des études sur les risques sanitaires avant de prendre une décision dans ce dossier.*

*La ministre de la Santé publique, dans le cadre de ses attributions, peut-elle exposer à ses collègues au gouvernement les risques manifestes pour la santé qui découlent des décisions récentes du secrétaire d'État à la Mobilité ?*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Hélas je ne puis répondre vraiment à M. Anciaux car je n'ai pas pour tâche de juger la politique de mes collègues. Je puis toutefois signaler que les normes pour la navigation aérienne sont fixées au niveau mondial par l'Organisation de l'aviation civile internationale, un organisme des Nations Unies qui a son siège au Canada. Les informations sur l'élaboration d'une norme de bruit pour les aéronefs ont du reste été bien accueillies lors de la 38<sup>e</sup> assemblée générale de l'Organisation de l'aviation civile internationale, le 4 octobre 2013.*

*Pour davantage d'information, je renvoie M. Anciaux à mon collègue Wathelet qui est chargé de la Mobilité et dont l'administration a préparé la position belge en concertation avec notre ambassade au Canada.*

**M. Bert Anciaux (sp.a)**. – *La ministre le dit bien : elle ne peut malheureusement pas émettre de jugement sur la politique de son collègue. Je ne lui demande d'ailleurs pas de le faire car je sais que c'est embarrassant. Je connais d'ailleurs assez la ministre pour savoir qu'elle donnera bel et bien son avis au sein du gouvernement. Cela ne veut toutefois pas dire qu'elle n'ait aucune compétence dans ce domaine. Je lui demande expressément une réponse en sa qualité de ministre de la Santé publique.*

*Des aspects liés à la santé sont à prendre en compte dans de très nombreuses compétences, comme l'Économie et les Travaux publics. Pour moi, ils relèvent bien entendu de la compétence de la ministre de la Santé publique, une compétence qui devrait être beaucoup plus importante qu'elle ne l'est aujourd'hui. Tout comme, selon moi, l'Organisation mondiale de la Santé devrait avoir la priorité sur l'Organisation mondiale du Commerce.*

**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 ne s'agit alors pas de santé publique mais de prévention et cela relève de la compétence des communautés.*

gepubliceerd en waarin – nogmaals, maar beklemmender dan ooit – het causale verband tussen vliegtuiglawaai en ernstige gezondheidsklachten werd bewezen?

Hoe interpreteert de minister die wetenschappelijke conclusies in het licht van de recente beslissingen van de staatssecretaris voor Mobiliteit, die tegen alle adviezen, internationale en gezondheidsindicatoren en aanbevelingen in besliste om onaanvaardbare windnormen op te leggen, waardoor niet alleen gezondheids- maar ook veiligheidsrisico's worden gecreëerd? Ik herinner me dat minister Onkelinx er enkele jaren geleden terecht op aandrong altijd de nodige gezondheidsonderzoeken te doen, voordat in dit dossier een beslissing werd genomen.

Kan de minister van Volksgezondheid, vanuit haar bevoegdheid, haar collega's in de regering confronteren met de manifeste gezondheidsrisico's die uit de recente beslissingen van de staatssecretaris voor Mobiliteit voortvloeien?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Helaas kan ik op de vragen van de heer Anciaux niet echt ingaan, want het is niet mijn taak het beleid van mijn collega te beoordelen. Wel kan ik erop wijzen dat de normen voor luchtvaartuigen op wereldniveau worden vastgelegd door de Internationale Burgerluchtvaartorganisatie, een in Canada gevestigde instelling van de Verenigde Naties. Het nieuws over de uitwerking van een geluidsnorm voor luchtvaartuigen werd trouwens goed onthaald op de 38e algemene vergadering van de Internationale Burgerluchtvaartorganisatie, die op 4 oktober 2013 heeft plaatsgevonden.*

Voor meer informatie verwijst ik de heer Anciaux graag door naar mijn collega Wathelet, die bevoegd is voor Mobiliteit en wiens administratie in overleg met onze ambassade in Canada de Belgische standpunten voorbereidt.

**De heer Bert Anciaux (sp.a)**. – *De minister zegt het goed: helaas mag ze het beleid van haar collega niet beoordelen. Ik vraag haar ook niet dat te doen, want ik weet dat dat lastig is. Ik ken de minister trouwens genoeg om te weten dat ze binnen de regering haar mening wel zal geven. Dat wil echter niet zeggen dat ze op dit gebied geen bevoegdheid heeft. Ik vraag haar uitdrukkelijk als minister van Volksgezondheid om een antwoord.*

Aan heel veel bevoegdheden, zoals voor Economie, en Openbare Werken, zijn gezondheidsaspecten verbonden. Voor mij vallen die vanzelfsprekend onder de bevoegdheid van de minister van Volksgezondheid, een bevoegdheid die veel groter zou moeten zijn dan ze vandaag is. Zoals ook de Internationale Gezondheidsorganisatie volgens mij prioriteit zou moeten hebben op de Internationale Handelsorganisatie.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Dan gaat het niet om volksgezondheid, maar om preventie en dat is de bevoegdheid van de gemeenschappen.*



**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *C'est exact et je m'en réjouis mais cela n'ôte rien au fait que la ministre fédérale se préoccupe elle aussi de la santé des gens. Il ne s'agit d'ailleurs pas uniquement de prévention mais aussi de lutte contre situations qui présentent des risques sanitaires. En ce sens, c'est aussi une compétence du gouvernement fédéral. Aujourd'hui, des personnes deviennent gravement malades, avec toutes les conséquences que cela suppose pour le budget et l'organisation des soins de santé parce qu'un mode de déplacement spécifique, l'avion, est soutenu. C'est inimaginable de constater combien ce secteur est favorisé à l'échelle internationale. En outre, chaque pays qui se respecte veut disposer d'un grand aéroport occupant une place centrale, comme si l'avion était un omnibus.*

*Les décisions que prend le gouvernement doivent aussi être jugées sur leurs aspects relatifs à la santé. Trop souvent la santé est subordonnée aux intérêts économiques et financiers. C'est aussi le cas dans ce dossier. Je suis pourtant convaincu que la ministre est une alliée. Seulement, elle ne peut manifester pas le dire ici et maintenant.*

*Dans notre pays, nous devons vraiment commencer à réfléchir. Hier, j'ai constaté que des investissements très importants sont à nouveau prévus dans le secteur aérien et surtout à Zaventem. On ne trouve nulle part ailleurs dans le monde un aéroport aussi mal placé que celui de Zaventem, tout près et surtout au nord-est d'une grande ville. Quand on sait que le vent souffle du sud-ouest dans plus de 80% des cas, on comprend qu'il est stupide d'implanter un aéroport à cet endroit.*

**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 avis.*

**M. Bert Anciaux (sp.a).** – *Je le sais et vous êtes également d'accord avec moi sur d'autres sujets, madame la ministre. Vous partagez mon avis sur de nombreux points mais vous ne voulez pas le dire. Désolé de l'exprimer ainsi. Je conclus.*

*J'espère trouver un jour une majorité dans l'ensemble du monde politique pour prendre des décisions de fond dans ce dossier et faire primer la santé de la population sur les intérêts économiques.*

### **Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «un service de crise pour enfants et jeunes en besoin urgent d'aide psychiatrique» (n° 5-3606)**

**Mme Helga Stevens (N-VA).** – *Les enfants et les jeunes forment un groupe vulnérable dans notre société. Les enfants et les jeunes qui ont un besoin urgent d'aide psychiatrique ou psychologique méritent par conséquent toute notre attention.*

*De nos jours des enfants et des jeunes qui présentent des symptômes de troubles psychiatriques ou des problèmes émotionnels ou/ou comportementaux, s'adressent souvent aux services d'urgence. On doit de plus en plus souvent y*

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – *Dat klopt en daar ben ik blij om, maar dat doet geen afbreuk aan het feit dat ook de federale minister een grote bezorgdheid aan de dag legt voor de gezondheid van de mensen. Het gaat trouwens niet alleen over preventie, maar ook over het bestrijden van ongezonde situaties en in die zin is het ook een bevoegdheid van de federale regering. Mensen worden nu ernstig ziek, met alle gevolgen van dien voor het budget en de organisatie van de gezondheidszorg, omdat kortzichtig één specifieke mobiliteitsmodus, namelijk vliegtuigen, wordt ondersteund. Het is onvoorstelbaar hoe deze sector internationaal wordt bevoordeeld. Bovendien wil elk land dat zichzelf respecteert, centraal een grote luchthaven alsof het vliegtuig een boemeltrein is die men vlakbij moet kunnen nemen.*

*De beslissingen die de regering neemt, moeten ook op hun gezondheidsaspecten worden beoordeeld. Te vaak wordt gezondheid ondergeschikt gemaakt aan economische en financiële belangen, ook in dit dossier. Nochtans ben ik ervan overtuigd dat de minister een bondgenoot is, alleen mag ze dat hier en nu blijkbaar niet zeggen.*

*We moeten in ons land echt beginnen na te denken. Gisteren zag ik dat er in de luchthavensector, vooral in Zaventem, opnieuw zware investeringen gepland zijn. Nergens in de wereld is er ook maar één luchthaven te vinden die zo slecht gelegen is als Zaventem, vlak bij en vooral ten noordoosten van een grootstad. Als men weet dat de wind in meer dan tachtig procent van de gevallen uit het zuidwesten komt, dan weet men dat het dom is daar een luchthaven te leggen.*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Daar ben ik het mee eens.*

**De heer Bert Anciaux (sp.a).** – *Dat weet ik en niet alleen daarmee bent u het met mij eens, mevrouw de minister. U bent het met veel zaken eens, alleen wilt u het niet zeggen. Mijn excuses dat ik dat zo zeg. Ik rond af.*

*Ik hoop ooit een meerderheid te vinden in de hele politieke wereld om grondige beslissingen te nemen in dit dossier en de gezondheid van de bevolking te laten primeren op economische belangen.*

### **Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «een crisisdienst voor kinderen en jongeren met dringende nood aan psychiatrie hulp» (nr. 5-3606)**

**Mevrouw Helga Stevens (N-VA).** – *Kinderen en jongeren zijn een kwetsbare groep in onze samenleving. De Kinderen en jongeren die dringend nood hebben aan psychische en/of psychiatrie ondersteuning, verdienen dan ook onze volle aandacht.*

*Op de spoedgevallendienst bieden zich tegenwoordig vaak kinderen en jongeren aan met symptomen van psychiatrie stoornissen of met ernstige emotionele en/of*

*accueillir des enfants et des jeunes dont auparavant on ne savait pas qu'ils ont des pensées suicidaires ou vivent une dépression, une névrose d'angoisse, une addiction à la drogue, des troubles post-traumatiques ou une psychose. En outre des parents frappent aussi de plus en plus souvent à la porte qui ne sont plus en état de s'occuper de leur enfant et cherchent un accompagnement urgent et une prise en charge temporaire de leur enfant, de sorte que chacun puisse recouvrer ses forces.*

*La ministre a reconnu le grand besoin d'un accueil de crise. C'est pourquoi elle a érigé un groupe de travail fédéral qui doit étudier la création d'un centre de crise dans chaque province. Il y aurait même un consensus au sein de la majorité sur la création de ces centres.*

*La semaine dernière, la ministre a, sans aucun doute, lu les articles de presse sur l'ouverture d'un nouveau centre dans la province du Limbourg où les enfants avec des problèmes psychiatriques ou psychologiques peuvent être pris en charge. À l'exception de cette louable initiative, les conclusions du rapport de ce groupe de travail n'ont toutefois pas donné lieu à beaucoup de mesures.*

*Où en est-on concrètement dans la création de centres de crise en pédopsychiatrie ? Le gouvernement envisage-t-il de créer ce type de centre ? Si oui, quand et où ? Si non, pourquoi ? Qu'y a-t-il comme moyens financiers à cet effet ?*

*Quelles autres recommandations du rapport seront-elles appliquées à court terme ?*

*La ministre organisera-t-elle aussi une concertation sur les conclusions et les recommandations du rapport, avec les ministres régionaux compétents pour l'aide à la Jeunesse ? Il faut en effet éviter des chevauchements inutiles de compétence. Les maigres moyens, qu'ils soient fédéraux ou régionaux, doivent être utilisés de manière efficace, ce qui ne peut se faire qu'en coopérant à une politique cohérente et conséquente à tous les niveaux de pouvoirs. La dispersion des matières ayant trait à l'aide à la Jeunesse ne peut pas constituer un obstacle à une bonne politique adaptée aux enfants et aux jeunes en souffrance.*

**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 18 juin 2012, la conférence interministérielle de la Santé publique a décidé de composer le comité de rédaction pour la réforme de l'offre de soins de santé mentale pour enfants et adolescents.*

*La composition concrète, la méthode de travail et l'étalement des travaux du comité de rédaction sont décrits dans la déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents, qui a été signée le 10 décembre 2012 par tous les membres de la conférence interministérielle et publiée le 24 janvier 2013 au Moniteur belge.*

*Le comité de rédaction a pour mission le développement des concepts pertinents pour la politique des soins de santé mentale pour les enfants et adolescents. Ces concepts seront consignés dans un guide avec des scénarios politiques pratiques. Ce guide contiendra des mesures à implémenter concrètement, ainsi qu'un planning, une proposition de*

gedragsproblemen. Men moet er steeds vaker kinderen en jongeren opvangen van wie voordien niet bekend was dat ze zelfmoordgedachten hebben of kampen met depressies, angststoornissen, drugsgebruik, posttraumatische stoornissen of een psychose. Daarnaast komen ook vaker ouders aankloppen die hun kind niet meer aankunnen en dringend begeleiding en tijdelijke opvang voor hun kind zoeken, zodat iedereen weer op krachten kan komen.

De minister erkende de grote nood aan crisisopvang. Daarom richtte ze een federale werkgroep op die moest onderzoeken hoe in elke provincie een crisiscentrum kan worden gerealiseerd. Er zou zelfs binnen de meerderheid een consensus bestaan over de oprichting van dergelijke centra.

Vorige week heeft de minister ongetwijfeld in de kranten de artikelen gelezen over de opening van een nieuw centrum in Limburg waar kinderen met psychische of psychiatrische problemen opvang kunnen vinden. Buiten dit lovende initiatief hebben de conclusies van het rapport van de werkgroep echter nog niet tot veel beleidsdaden geleid.

Hoe ver staat het concreet met de oprichting van de crisiscentra in de kinder- en jeugdpsychiatrie? Is de regering van plan om zulke centra op te richten? Zo ja, waar en wanneer? Zo nee, waarom niet? Welke financiële middelen staan hier tegenover?

Welke andere aanbevelingen uit het rapport zullen op korte termijn worden gevolgd?

Zal de minister met betrekking tot de conclusies en aanbevelingen van het rapport ook overleg plegen met de bevoegde regionale ministers van Welzijn, die bevoegd zijn voor jeugdzorg? Er mag immers geen onnodige overlapping ontstaan qua beleid. De schaarse middelen, of ze nu federaal of regionaal zijn, moeten efficiënt worden besteed. Dat kan het best door samen werk te maken van een coherent en consequent beleid op alle beleidsniveaus. De versnippering van bevoegdheden met betrekking tot jongerenwelzijn mag een goed beleid op maat van kinderen en jongeren in nood niet in de weg staan.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Op 18 juni 2012 heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid beslist om het redactiecomité voor de hervorming van het geestelijke gezondheidszorgaanbod voor kinderen en jongeren samen te stellen.*

De concrete samenstelling, werkwijze en fasering van de werkzaamheden van het redactiecomité zijn beschreven in de gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, die op 10 december 2012 door alle leden van de interministeriële conferentie werd onderschreven en die op 24 januari 2013 in het *Belgisch Staatsblad* werd gepubliceerd.

Het redactiecomité heeft als opdracht relevante concepten uit te werken voor het geestelijke gezondheidszorgbeleid voor kinderen en jongeren. Die concepten zullen idealiter vertaald worden in een gids met praktische beleidsscenario's. Die gids zal concreet te implementeren maatregelen bevatten, samen

*budget avec des techniques financières et des propositions détaillées de changement de la réglementation concernée.*

*Le comité de rédaction tiendra compte des publications pertinentes du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, du Conseil supérieur de la Santé et du Conseil national des établissements hospitaliers.*

*La réforme de l'offre des soins de santé mentale pour les enfants et adolescents en Belgique dépasse les compétences des membres de la conférence interministérielle. Cette réforme requiert par conséquent une approche commune, regroupant les différents niveaux de pouvoir et compétences, et de préférence caractérisée par l'attention prioritaire accordée en premier lieu à la prévention, à la détection précoce et à une intervention plus rapide, en second lieu à l'importance du contexte social dans lequel vivent les enfants et adolescents, en troisième lieu à l'application pratique du principe de subsidiarité dans l'offre de soins et, en quatrième lieu, à la réalisation d'un programme général de soins incluant l'accueil de crise des enfants et adolescents par l'intermédiaire de circuits de soins et de réseaux.*

*Pour soutenir les travaux du comité de rédaction, j'ai désigné, pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2013, un coordinateur à 2/5 temps qui doit veiller à ce que tous les objectifs convenus dans la déclaration conjointe soient atteints dans les délais prévus. Le 1<sup>er</sup> septembre 2013, ce soutien est passé à un mi-temps. Le calendrier sera respecté dans la mesure du possible et, si nécessaire, il sera corrigé en concertation avec le comité de rédaction.*

*Provisoirement, je ne peux toutefois octroyer aucun moyen complémentaire spécifique pour le fonctionnement du comité de rédaction ou pour des activités et initiatives qui découleront du travail de ce comité.*

*Le guide sera prêt au début de 2014.*

**Mme Helga Stevens (N-VA).** – *Le comité de rédaction développera donc un concept devant mener à une sorte de guide. Je n'y suis bien entendu pas opposée. Nous avons toutefois aussi besoin de réalisations concrètes sur le terrain. On a besoin de plus de places d'accueil de crise et d'urgence pour les enfants et les adolescents souffrant de problèmes psychiatriques. Je n'ai entendu aucune réponse à ce sujet. Aucun moyen n'est manifestement disponible à cet effet actuellement. Je plaide toutefois pour que quelque chose de concret soit fait sur le terrain car les enfants et les adolescents en ont vraiment besoin.*

**Mme Laurette Onkelinx,** *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Des places ont été ajoutées mais nous voulons aussi continuer à développer des idées nouvelles relatives aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents.*

met een planning, en een begrotingsvoorstel met financieringstechnieken en gedetailleerde voorstellen tot wijziging van de relevante regelgeving.

Het redactiecomité zal rekening houden met relevante publicaties van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, de Hoge Gezondheidsraad en de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen.

De hervorming van het geestelijke gezondheidszorgaanbod voor kinderen en jongeren in België overstijgt de bevoegdheden van de leden van de interministeriële conferentie. Die hervorming vereist bijgevolg een gezamenlijke aanpak, over de grenzen van de verschillende bestuursniveaus en bevoegdheden heen, die bij voorkeur wordt gekenmerkt door de prioritaire aandacht voor, ten eerste, preventie, vroege detectie en vroege interventie; ten tweede, het belang van de sociale context van kinderen en jongeren; ten derde, de praktische toepassing van het subsidiariteitsprincipe in de zorgverlening; ten vierde, de realisatie van een algemeen zorgprogramma, met inclusie van crisisopvang voor kinderen en jongeren via zorgcircuits en netwerken.

Ter ondersteuning van de werkzaamheden van het redactiecomité heb ik van 1 maart tot en met 31 augustus 2013 een 0,4 VTE coördinator aangewezen, die erop moet toezien dat alle in de gemeenschappelijke verklaring afgesproken doelstellingen binnen de vooropgestelde planning worden gerealiseerd. Op 1 september 2013 werd die ondersteuning opgetrokken tot 0,5 voltijds equivalent. De planning zal in de mate van het mogelijke worden gerespecteerd en indien nodig in overleg met het redactiecomité worden bijgestuurd.

Voorlopig kan ik echter geen specifieke bijkomende middelen toewijzen voor de werking van het redactiecomité, noch aan mogelijke activiteiten en initiatieven die zullen voortvloeien uit de werking van dit comité.

De gids zal klaar zijn begin 2014.

**Mevrouw Helga Stevens (N-VA).** – Het redactiecomité zal dus een concept uitwerken dat moeten leiden tot een soort van gids. Daar ben ik uiteraard niet tegen. We hebben echter ook nood aan concrete realisaties op het terrein. Er is meer plaats nodig in de crisis- en noodopvang voor kinderen en jongeren met psychiatrische problemen. Daarover heb ik in het antwoord niets. Blijkbaar zijn daar op dit moment geen middelen voor. Ik pleit er niettemin voor iets concreets te doen op het terrein, want de kinderen en jongeren hebben er echt nood aan.

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Er zijn plaatsen bijgekomen, maar wij willen ook de nieuwe denkwijze inzake de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren verder uitwerken.*

**Demande d'explications de  
Mme Helga Stevens à la vice-première  
ministre et ministre des Affaires sociales et  
de la Santé publique sur «les  
répercussions de la sixième réforme de  
l'État sur l'organisation de la psychiatrie  
infantile et juvénile en Belgique»  
(n° 5-3607)**

*Mme Helga Stevens (N-VA). – Étant donné que l'aide à la jeunesse doit travailler de manière plus intégrée et qu'il est donc nécessaire que les organisations coopèrent davantage, un nouveau décret-cadre relatif à l'aide intégrale à la jeunesse est attendu prochainement au niveau flamand. L'objectif visé est que l'enfant ou le jeune soit au cœur des préoccupations et que, si possible en concertation avec son entourage et dans son milieu, il puisse trouver beaucoup plus rapidement et de manière plus flexible, une aide ou un soutien adaptés au sein de l'aide à la jeunesse.*

*Cependant, la psychiatrie infantile et juvénile étant toujours fédérale, elle n'entre pas actuellement dans le cadre du décret. Il est dès lors difficile de la mettre en adéquation avec le nouveau décret flamand.*

*Il était pourtant prévu, dans le cadre de la sixième réforme de l'État que : « Les conventions de revalidation suivantes seront transférées aux entités fédérées : ORL, psy, toxicomanes, malentendants, déficiences visuelles, rééducation psychosociale pour adultes, rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces, des interactions parents enfants, autisme, établissements de rééducation pour enfants présentant une pathologie médico psychologique grave, établissements de rééducation motrice. »*

*Il subsiste encore de nombreuses zones d'ombre en ce qui concerne la mise en œuvre correcte de cette convention, en particulier pour la psychiatrie infantile et juvénile. La ministre peut-elle nous éclairer à ce sujet ? La psychiatrie infantile et juvénile est-elle concernée ou demeure-t-elle fédérale et par conséquent dans le giron de l'INAMI ? Si transfert il y a, quand sera-t-il effectif ? La ministre s'est-elle déjà concertée avec les ministres régionaux compétents en matière de Bien-être au sujet de l'avenir et de la place de la psychiatrie infantile et juvénile dans la sixième réforme de l'État ?*

*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 pris contact avec le cabinet du ministre flamand Vandeurzen pour veiller à ce qu'il y ait une cohérence entre notre projet de réforme et le décret flamand relatif à l'aide intégrale à la jeunesse. C'est une nécessité absolue.*

*Le comité de rédaction se compose de représentants des différentes autorités et d'experts. Au printemps 2014, le comité présentera à tous les ministres un vade-mecum pour la réforme des soins de santé des enfants et des jeunes.*

*À la page 37 de la proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme du Sénat, Doc. Sénat 5-2232/1 figurent les conventions de revalidation qui seront transférées aux entités fédérées au 1<sup>er</sup> juillet 2014. Les administrations fédérales et*

**Vraag om uitleg van  
mevrouw Helga Stevens aan de  
vice-eersteminister en minister van Sociale  
Zaken en Volksgezondheid over «de impact  
van de zesde Staatshervorming op de  
organisatie van de kinder- en  
jeugdpsychiatrie in België» (nr. 5-3607)**

*Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – Omdat de jeugdhulp meer geïntegreerd moet werken en er dus meer samenwerking zou moeten zijn over de organisaties heen komt er binnenkort op Vlaams niveau een nieuw kaderdecreet inzake integrale jeugdhulp. De bedoeling hiervan is dat het kind of de jongere centraal komt te staan en dat hij, waar mogelijk liefst samen met zijn omgeving en in zijn eigen context, veel sneller en flexibeler de gepaste hulp of ondersteuning kan krijgen binnen de jeugdhulp.*

*De kinder- en jeugdpsychiatrie valt voorlopig echter buiten het decreet, omdat dat nog steeds een federale materie is. Bijgevolg kan de kinder- en jeugdpsychiatrie moeilijk worden afgestemd op het nieuwe Vlaamse decreet.*

*In het kader van de zesde staatshervorming werd nochtans het volgende afgesproken: “De volgende revalidatieovereenkomsten zullen naar de deelstaten worden overgeheveld: NOK, PSY, verslaafden, slechthorenden, gezichtsstoornissen, psychosociale revalidatie voor volwassenen, functionele revalidatie, vroegtijdige stoornissen, interactie ouders kinderen, autisme, revalidatie-instellingen voor kinderen met een ernstige medisch-psychologische aandoening, instellingen voor motorische revalidatie.”*

*Over de concrete invulling van deze afspraak, bestaat, zeker wat de kinder- en jeugdpsychiatrie betreft, nog veel onduidelijkheid. Kan de minister hierover meer uitleg verschaffen? Valt de kinder- en jeugdpsychiatrie onder deze afspraak of blijft ze federaal, dus onder de vleugels van het RIZIV? Indien ze zal worden overgeheveld, wanneer moet de overdracht dan afgerond zijn? Heeft de minister met de regionale ministers bevoegd voor Welzijn al overleg gepleegd over de toekomst en de plaats van de kinder- en jeugdpsychiatrie na de zesde staatshervorming?*

*Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Er is contact met het kabinet van Vlaams minister Vandeurzen om erop toe te zien dat er coherentie is tussen ons ontwerp inzake de hervorming en het Vlaams decreet over integrale jeugdhulp. Dat is absoluut noodzakelijk.*

*Het redactiecomité bestaat uit vertegenwoordigers van de verschillende autoriteiten en experts. In de lente van 2014 zal het comité een gids voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren aan alle ministers voorstellen.*

*Op pagina 37 van het voorstel van bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming, Stuk Senaat 5-2232/1, staan de revalidatieovereenkomsten die op*

*des entités fédérées préparent un protocole pour la période transitoire.*

**Mme Helga Stevens (N-VA).** – *La ministre dit que les centres de revalidation seront transférés aux entités fédérées mais je l'avais déjà dit moi-même. Ce que je voulais savoir, c'est si la psychiatrie infantile et juvénile serait également transférée et je n'ai pas obtenu de réponse à cette 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.* – *Certains programmes de revalidation en matière de psychiatrie infantile et juvénile seront transférés.*

### **Demande d'explications de M. Benoit Hellings à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le suivi épidémiologique des infections et maladies sexuellement transmissibles» (n° 5-3864)**

**M. Benoit Hellings (Ecolo).** – *Ma question a été rédigée le 2 juillet et, entre-temps, soit la semaine dernière, vous avez présenté le plan national de lutte contre le sida (2013-2018). Certaines des questions contenues dans mon texte de juillet sont donc dépassées.*

Nous pouvons tous nous réjouir de l'adoption du plan national de lutte contre le sida. Depuis l'opposition, je vous félicite pour ce plan qui était attendu par de nombreuses associations. Les questions que je voulais vous poser portent sur les recommandations données par des instituts fédéraux et des associations de médecins généralistes.

L'institut scientifique de santé publique (ISP) édite chaque année un « rapport épidémiologique » qui précise, depuis de nombreuses éditions successives, que « le nombre d'infections diagnostiquées chez les homo/bisexuels masculins est en nette augmentation ». Or la source de propagation de ces MST et IST est le type de contacts sexuels et non l'appartenance à une communauté fantasmée, qui serait les bi/homosexuels. Cette assertion récurrente de l'ISP semble faire fi du fait qu'il existe statistiquement beaucoup plus d'hommes ayant de relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) que d'homosexuels ou bisexuels revendiqués ou assumés comme tels.

Nous savons que la précocité du diagnostic est cruciale en matière d'IST et de MST, un dépistage tardif pouvant limiter l'efficacité du traitement et le choix des thérapeutiques, de même qu'augmenter la morbidité et la mortalité ainsi que les risques de propagation, surtout dans le cas du sida. D'où l'intérêt de mettre en œuvre une politique de dépistage à tous les échelons de la politique de santé, à commencer par celui du médecin généraliste.

Or les « recommandations de bonnes pratiques » ou « campagnes de sensibilisation des prescripteurs »

1 juli 2014 naar de deelstaten zullen worden overgeheveld. De administraties van de federale overheid en van de deelstaten bereiden een protocol voor de overgangperiode voor.

**Mevrouw Helga Stevens (N-VA).** – De minister zei dat de revalidatiecentra naar de deelstaten zullen worden overgeheveld, maar dat had ik zelf ook al gezegd. Mijn vraag was of ook de kind- en jeugdpsychiatrie zal worden overgeheveld. Dat is mij niet duidelijk en daar heb ik geen antwoord op gekregen.

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Dat kan, want er bestaan diverse mogelijkheden. Sommige revalidatieprogramma's inzake kind- en jeugdpsychiatrie worden overgeheveld.

### **Vraag om uitleg van de heer Benoit Hellings aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de epidemiologische opvolging van seksueel overdraagbare infecties en ziekten» (nr. 5-3864)**

**De heer Benoit Hellings (Ecolo).** – *Mijn vraag dateert van 2 juli. Vorige week hebt u het nationaal plan tegen aids (2013-2018) voorgesteld. Sommige vragen in mijn tekst zijn dus achterhaald.*

*We zijn allen verheugd dat dit nationaal plan tegen aids er gekomen is. Ik feliciteer u dan ook met dit plan, waarop tal van verenigingen hebben gewacht. Mijn vragen hebben betrekking op de aanbevelingen van de federale instellingen en de verenigingen van huisartsen.*

*Het Wetenschappelijke Instituut Volksgezondheid (WIV) publiceert elk jaar een epidemiologisch rapport, dat vaststelt dat sedert tal van opeenvolgende edities het aantal infecties gediagnosticeerd bij homo- en biseksuele mannen duidelijk stijgt. De oorzaak van de verbreiding van deze soa's is echter het soort seksuele contacten en niet het feit dat men tot een zogenaamde gemeenschap van bi- of homoseksuelen behoort. Deze terugkerende bewering van het WIV lijkt geen rekening te houden met het feit dat er statistisch gezien meer mannen zijn die seks hebben met andere mannen (MSM) dan als dusdanig erkende of veronderstelde homo's of biseksuelen.*

*Een vroege diagnose is cruciaal bij soa's, aangezien een late opsporing de efficiëntie van de behandeling en de keuze van de therapie kan beperken en het aantal ziektegevallen en het sterftecijfer kan doen stijgen, alsook het risico op uitbreiding, vooral in het geval van aids. Daarom is het belangrijk dat een screeningsbeleid wordt uitgewerkt op alle niveaus van het gezondheidsbeleid, te beginnen bij de huisartsen.*

*De aanbevelingen inzake good practice of de sensibiliseringscampagnes van de voorschrijvers die thans zowel door het RIZIV als door de Société scientifique de médecine générale (SSMG) aan de huisartsen worden voorgesteld, suggereren om alleen mannen met homoseksuele contacten te screenen op soa's en niet mannen die seks*

actuellement proposées aux médecins généralistes tant par l'INAMI que par la Société scientifique de médecine générale (SSMG), suggèrent de ne pratiquer des dépistages systématiques des IST et MST que chez les « hommes ayant des rapports homosexuels » et non chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes. La formulation actuelle de ces recommandations traduit donc une mauvaise compréhension et, en tout cas, une forme de stigmatisation d'une partie de la population.

Un plan de lutte efficace doit pouvoir s'appuyer sur des données statistiques fiables et sûres. Vous l'avez d'ailleurs rappelé lors de votre conférence de presse. Les études des instituts sur lesquelles votre plan s'établira pourraient être échafaudées sur une pseudocatégorie de personnes qui n'englobe pas l'ensemble des réalités vécues par les HSH. Les études épidémiologiques devraient tenir compte des comportements et pratiques sexuels à risque réels – le nombre de partenaires différents étant le principal facteur de risque – et non des comportements et pratiques présumés chez une catégorie de population, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étant plus nombreux que les homo/bisexuels. Au-delà de l'aspect extrêmement stigmatisant envers ces communautés – je rappelle la question du don de sang –, il en va de l'efficacité d'un plan de lutte, qui, pour être efficace, doit toucher sa cible !

Comment allez-vous concrètement tenir compte de la problématique de ces méthodologies inadéquates et stigmatisantes utilisées par ces deux instituts pour présenter l'épidémie du VIH ? Comment comptez-vous faire modifier les recommandations ? Concernant le plan de lutte contre le sida, vous avez déclaré, la semaine dernière, qu'il s'agissait de faire clairement la différence entre gays et HSH et que l'action 5 du plan sida visait à mieux connaître les comportements des publics cibles prioritaires, dont font partie les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ?

**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 remercie pour vos propos sur le plan sida ; comme vous le savez, il a été négocié avec les communautés et diverses associations et personnes vivant avec le virus. Il a été élaboré avec l'aide de cinq cents partenaires et j'étais effectivement heureuse de pouvoir obtenir un consensus général.

Comme je l'ai dit quand j'ai présenté le plan, nous avons essayé de travailler sans être corsetés par des tabous. Notamment, j'ai clairement indiqué dans mon intervention qu'il fallait, pour la prévention et le dépistage, se concentrer sur les groupes à risque et mettre un nom sur ceux-ci.

Tout en menant dans le même temps des actions contre les discriminations, il faut pouvoir dire que les migrants sont un groupe à risque, tout comme les hommes ayant des relations avec d'autres hommes. J'ai souligné clairement que, parmi ce public, se trouvaient beaucoup plus d'hommes hétérosexuels ayant de temps en temps des relations avec d'autres hommes que d'homosexuels s'affichant comme tels.

Dès lors que nous nous sommes tous accordés sur ces constats, il nous reste maintenant à travailler dans le domaine de la prévention et du dépistage pour que ces publics soient

*hebben met andere mannen. De huidige formulering van deze aanbevelingen wijst dus op een slecht begrip en, in elk geval, een stigmatisering van een deel van de bevolking.*

*Een efficiënt plan tegen aids moet kunnen steunen op betrouwbare statistieken. In uw persconferentie hebt u daar overigens ook op gewezen. De studies van de instituten op basis waarvan uw plan zal worden opgesteld, zouden geconcentreerd kunnen zijn op een pseudocategorie van personen die niet alles dekt uit de leefwereld van de MSM's. De epidemiologische studies zouden rekening moeten houden met seksuele gedragingen en praktijken met een reëel risico – aangezien het aantal verschillende partners de belangrijkste risicofactor is – en niet met de gedragingen en praktijken die vermoed worden bij één bevolkingscategorie, aangezien mannen die seks hebben met mannen talrijker zijn dan homo- of biseksuelen. Afgezien van het uitermate stigmatiserend aspect ten opzichte van deze gemeenschappen – ik verwijs naar de bloedinzameling – komt het erop neer dat een plan tegen aids zijn doelgroep moet bereiken om efficiënt te zijn.*

*Hoe zult u concreet rekening houden met de problematiek van deze ontoereikende en stigmatiserende methodes die door deze beide instituten worden gebruikt om de hiv-epidemie voor te stellen? Hoe zult u de aanbevelingen doen wijzigen? In verband met het plan tegen aids hebt u vorige week verklaard dat het de bedoeling is om duidelijk het onderscheid te maken tussen homo's en MSM's en dat punt 5 van het plan tegen aids erop gericht is een beter zicht te krijgen op de gedragingen van de prioritaire doelgroepen, waartoe de mannen die seks hebben met mannen behoren. Kunt u mij daarover meer vertellen?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik dank u voor uw opmerking over het plan tegen aids. Over dat plan werd onderhandeld met de gemeenschappen en diverse verenigingen, en met personen die drager zijn van het virus. Het werd uitgewerkt met de hulp van vijfhonderd partners en ik was heel gelukkig dat een algemene consensus kon worden bereikt.

*We hebben geprobeerd te werken zonder ons in een keurslijf van taboes te laten dwingen. Bij de voorstelling van het plan heb ik onder andere duidelijk gezegd dat we ons voor de preventie en de screening moeten concentreren op de risicogroepen en dat we die een naam moeten geven.*

*We moeten optreden tegen discriminaties, maar we moeten tegelijkertijd kunnen zeggen dat de migranten een risicogroep zijn, net als de mannen die seks hebben met andere mannen. Ik heb duidelijk benadrukt dat tot die groep veel meer heteroseksuele mannen behoren die soms seks hebben met andere mannen dan homoseksuelen die zich als dusdanig bekendmaken.*

*Nu we het eens geworden zijn over deze vaststellingen, moeten we werken aan de preventie en de screening om deze*

concernés. Autrement dit, tant pour le programme de prévention des communautés que pour le travail de formation des médecins généralistes, qui ont un rôle central à jouer dans la prévention, le dépistage et la prise en charge, nous allons modifier les recommandations de façon à cibler les deux groupes que nous avons identifiés dans toute leur complexité.

En mettant en œuvre le plan de lutte contre le sida, nous allons donc changer certaines recommandations et certains programmes de formation et organiser le dépistage décentralisé en des lieux qui ne sont pas fréquentés que par les seuls homosexuels. Cela sera complexe mais nous devons modifier nos pratiques.

**M. Benoit Hellings (Ecolo).** – Je pense que c'est la seule façon de procéder. Agir avec tous les acteurs est le meilleur moyen de trouver les meilleures solutions. Il ne faudrait cependant pas en arriver à une situation semblable à celle du don de sang : alors que tout le monde reconnaît qu'il ne faut pas exclure les homosexuels mais certaines pratiques, dans les faits, les recommandations de la Croix-Rouge ne changent pas.

Je vous fais a priori confiance. J'espère que ce plan, établi avec l'apport de nombreux partenaires, permettra véritablement de modifier les recommandations données aux médecins généralistes.

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Même si l'attitude de la Croix-Rouge est clairement discriminatoire, celle-ci refuse d'en changer parce qu'elle estime que le risque pour la santé publique est trop grand.

Lors du dialogue concernant le don de sang, nous nous efforçons de travailler davantage sur le « faire » que sur l'« être », mais ce n'est pas simple. Ici, nous avons bien sûr tout intérêt à élargir le public cible puisque les personnes qui ne se font pas dépister à temps – 42% se font dépister trop tard – sont en danger elles-mêmes et sont des bombes humaines pour les autres.

**M. Benoit Hellings (Ecolo).** – Je ne remets pas en cause votre bonne foi mais la dynamique est la même. Exclure du don de sang les personnes qui ont des comportements à risque, c'est la même chose qu'essayer de dépister des MST chez certaines personnes, tant pour les protéger elles-mêmes que pour protéger leurs partenaires sexuels ou leurs proches. On a intérêt, dans les deux cas, à exclure le plus possible de risques mais cela doit se faire sur des bases objectives et dans le respect des droits humains.

### **Demande d'explications de M. Gérard Deprez à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les sages-femmes et la liberté pour la femme de choisir son professionnel pour le suivi de sa grossesse» (n° 5-4001)**

**M. Gérard Deprez (MR).** – D'après l'Union professionnelle des sages-femmes belges, environ 8 000 personnes exercent

*groepen daarbij te betrekken. Zowel voor het preventieprogramma van de gemeenschappen als voor de opleiding van de huisartsen, die een centrale rol hebben in de preventie, de screening en de behandeling, zullen we de aanbevelingen wijzigen om de twee groepen die we geïdentificeerd hebben met al hun complexiteit als doelgroep te kiezen.*

*Met de toepassing van het plan tegen aids zullen we dus bepaalde aanbevelingen en bepaalde opleidingsprogramma's wijzigen en de gedecentraliseerde screening organiseren op plaatsen die niet alleen door homoseksuelen worden bezocht. Dat zal ingewikkeld zijn, maar we moeten onze praktijken veranderen.*

**De heer Benoit Hellings (Ecolo).** – *Ik denk dat het de enige handelwijze is. Inwerken op alle actoren is het beste middel om de beste oplossingen te vinden. We moeten echter niet tot een gelijkaardige situatie komen als die van de bloedinzameling: terwijl iedereen erkent dat men niet de homoseksuelen moet uitsluiten, maar wel bepaalde praktijken, blijven de aanbevelingen van het Rode Kruis onveranderd.*

*Ik vertrouw u a priori. Ik hoop dat dit plan, dat uitgewerkt is met de inbreng van tal van partners, het werkelijk mogelijk zal maken de aanbevelingen aan de huisartsen te wijzigen.*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De houding van het Rode Kruis is duidelijk discriminerend, maar de instelling weigert die te veranderen, omdat ze meent dat het risico voor de volksgezondheid te groot is.*

*In het onderhoud over de bloedinzameling proberen we meer te werken aan de gedraging dan aan de persoon, maar het is niet eenvoudig. Hier hebben we er uiteraard alle belang bij om de doelgroep uit te breiden omdat de personen die zich niet tijdig laten screenen – 42% laat zich te laat screenen – een gevaar vormen voor zichzelf en de anderen.*

**De heer Benoit Hellings (Ecolo).** – *Ik trek uw goodwill niet in twijfel, maar de dynamiek is dezelfde. Personen met een risicogedrag uitsluiten van de bloedinzameling is hetzelfde als proberen soa's op te sporen bij bepaalde personen, zowel om hen zelf te beschermen als hun seksuele partners of hun naasten. In beide gevallen heeft men er belang bij zoveel mogelijk risico's uit te sluiten, maar dat moeten we op een objectieve basis doen en met respect voor de mensenrechten.*

### **Vraag om uitleg van de heer Gérard Deprez aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vroedvrouwen en de keuzevrijheid van een vrouw inzake de professionele begeleiding van haar zwangerschap» (nr. 5-4001)**

**De heer Gérard Deprez (MR).** – *Volgens de beroepsorganisatie van vroedvrouwen oefenen in België*

cette profession en Belgique.

La loi du 13 décembre 2006, qui modifie l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, devait octroyer aux sages-femmes plus de droits et d'autonomie. En effet, cette loi dispose que le Roi détermine, après avis du Conseil fédéral des sages-femmes, les modalités et les critères de qualification particulière permettant au titulaire du titre professionnel de sage-femme de prescrire des médicaments, de pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne et de réaliser des échographies fonctionnelles. Malheureusement, les droits obtenus pour les sages-femmes par l'adoption de cette loi ne sont toujours pas traduits en arrêtés royaux, ce qui pourrait pourtant considérablement faire évoluer cette profession.

Parallèlement, l'Union professionnelle des sages-femmes belges (UPSfb) constate un changement des mœurs, qui évoluent beaucoup plus rapidement que le cadre légal. D'après la présidente de l'association, aujourd'hui certains couples attendant un enfant nourrissent un véritable projet qui se traduit par le désir d'entourer la naissance de leur bébé de davantage d'humanité que de médical.

L'Union professionnelle des sages-femmes belges souhaiterait, pour ces raisons, que l'accent soit mis sur la liberté de la femme de choisir son professionnel pour le suivi de grossesse ainsi que son lieu d'accouchement : avec un médecin ou une sage-femme, à domicile, en maison de naissance ou à l'hôpital.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient stipule que la femme enceinte a le droit de choisir librement le praticien qui l'accompagnera lors de l'accouchement, un gynécologue ou une sage-femme, et doit donc être très clairement informée du pour et du contre de chaque intervention, afin de faire le choix le plus réfléchi.

L'arrêté royal du 1 février 1991 reconnaît d'ailleurs à la sage-femme le droit de gérer une grossesse normale de façon tout à fait indépendante. Mais pour ce faire, il faudrait que les hôpitaux ouvrent leur plateau technique aux sages-femmes qui exercent de façon indépendante et sous leur responsabilité. En Flandre et à Bruxelles, plusieurs hôpitaux acceptent de collaborer avec les sages-femmes indépendantes mais en Wallonie, aucun hôpital ne le permettrait.

Une enquête réalisée en 2010 sur l'accès aux hôpitaux flamands pour la sage-femme indépendante, dans le cadre de la pratique d'accouchements personnalisés, confirme que la sage-femme reçoit un accès très sporadique aux hôpitaux pour y accompagner des accouchements à bas risques, et cet accès est encore plus restreint lorsqu'il s'agit d'y pratiquer un accouchement normal. La continuité des soins de la sage-femme pour la femme enceinte est alors compromise. Certaines femmes enceintes n'ont donc pas le suivi obstétrical souhaité si elles choisissent d'accoucher à l'hôpital.

Madame la ministre, avez-vous la volonté de prendre les arrêtés royaux prévus par la loi du 13 décembre 2006 ? Avez-vous déjà sollicité, à ce propos, l'avis du Conseil fédéral des sages-femmes ainsi que le prévoit la loi ?

Y a-t-il, d'après vous, une réelle liberté pour la femme, en Belgique, de choisir son professionnel pour le suivi de grossesse, avec à peine sept maisons de naissance, dont

ongeveer 8000 personen het beroep van vroedvrouw uit.

*De wet van 13 december 2006 die het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wijzigt moest de vroedvrouwen meer rechten en meer autonomie verlenen. Die wet bepaalt immers dat de Koning, na advies van de Federale Raad voor de vroedvrouwen, de nadere regels en de bijzondere kwalificatiecriteria bepaalt die de houder van de beroepstitel van vroedvrouw de mogelijkheid geven geneesmiddelen voor te schrijven, bekkenbodembreëducatie uit te voeren en functionele echografieën uit te voeren. Jammer genoeg zijn de rechten die de vroedvrouwen door die wet krijgen nog steeds niet vertaald in koninklijke besluiten, wat nochtans een aanzienlijke evolutie voor dat beroep zou kunnen betekenen.*

*Gelijktijdig daarmee merkt de beroepsorganisatie voor Franstalige vroedvrouwen, de Union professionnelle des sages-femmes belges (UPSfb), een verandering in de gewoonten, die veel sneller evolueert dan het wettelijke kader. Volgens de voorzitter van de vereniging wensen sommige paren die een kind verwachten bij de geboorte van hun kind vandaag meer de nadruk te leggen op het menselijke dan op het medische aspect.*

*De UPSfb wenst daarom dat het accent wordt gelegd op de keuzevrijheid van de vrouw voor de professionele begeleiding van de zwangerschap en voor de plaats van de bevalling: door een arts of een vroedvrouw, thuis, in een kraamkliniek of in het ziekenhuis.*

*De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bepaalt dat de zwangere vrouw het recht heeft vrij te kiezen wie – een gynaecoloog of een vroedvrouw – haar zal begeleiden bij de bevalling. Ze moet dus zeer duidelijk worden geïnformeerd over de voor- en nadelen van elke tussenkomst, teneinde een zo weloverwogen mogelijke keuze te maken.*

*Het koninklijk besluit van 1 februari 1991 kent aan de vroedvrouw trouwens het recht toe een normale zwangerschap volledig zelfstandig te begeleiden. Daartoe moeten de ziekenhuizen echter hun technische voorzieningen ter beschikking stellen van de vroedvrouwen die onafhankelijk en op hun eigen verantwoordelijkheid optreden. In Vlaanderen en Brussel stemmen verschillende ziekenhuizen ermee in om samen te werken met de onafhankelijke vroedvrouwen, maar in Wallonië is geen enkel ziekenhuis daartoe bereid.*

*Een enquête uit 2010 over de toegang tot de Vlaamse ziekenhuizen voor de onafhankelijke vroedvrouwen in het kader van de praktijk van de geïndividualiseerde bevallingen, bevestigt dat de vroedvrouwen zeer sporadisch toegang krijgen tot de ziekenhuizen om er bevallingen met een laag risico te begeleiden. De toegang is nog beperkter als het een gewone bevalling betreft. De continuïteit van de zorg van de vroedvrouw voor de zwangere vrouw komt bijgevolg in het gedrang. Sommige zwangere vrouwen hebben dus niet de gewenste verloskundige opvolging als ze ervoor kiezen in het ziekenhuis te bevallen.*

*Neemt de minister zich voor de koninklijke besluiten te nemen waarin de wet van 13 december 2006 voorziet? Heeft ze in dat verband al het advies gevraagd aan de Federale Raad*



aucune à Bruxelles, et un nombre très limité d'hôpitaux qui ouvrent leur plateau technique aux sages-femmes indépendantes, dont aucun en Wallonie ? Comptez-vous prendre des initiatives en la matière ?

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Tout est possible et tout est financé. Pour le reste, c'est sur le terrain que les hôpitaux doivent s'ouvrir à cette réalité.

Les sages-femmes, qui savent que tout est en place quant aux cadres réglementaire et financier, s'impatientent doucement. Lasses d'attendre l'accord des hôpitaux, elles commencent à se mutualiser en créant des maisons de santé qui accueillent les patientes intéressées.

Je vais vous remettre le texte complet de ma réponse que je résume ici. La formation, de grande qualité, des sages-femmes est reconnue. Bien que favorable à l'ouverture des hôpitaux aux sages-femmes, je ne peux cependant forcer ceux-là – et vous le comprendrez – à accepter celles-ci.

**M. Gérard Deprez (MR)**. – Vous avez répondu, madame la ministre, à ma seconde question – avec un large aveu d'impuissance, puisque vous ne pouvez rien imposer aux hôpitaux – mais pas à la première. Où en sont les arrêtés royaux, prévus par la loi de décembre 2006, qui doivent donner aux titulaires du titre professionnel de sage-femme des droits et des compétences ?

**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 à l'occasion de l'exécution de l'arrêté royal n° 78 que j'ai reçu en 2007 un avis du Conseil fédéral des sages-femmes, relatif aux médicaments qui pouvaient être prescrits de manière autonome dans le cadre du suivi des grossesses normales, de la pratique des accouchements normaux et des soins aux nouveau-nés dans et en dehors des hôpitaux. L'Académie royale de médecine a aussi rendu un avis à ce sujet, une concertation avec les Communautés a suivi – tout cela prend évidemment du temps. La formation obstétrique devait notamment être adaptée à la nouvelle compétence de la sage-femme. Le projet est actuellement soumis au Conseil d'État. Mon intention est de faire signer cet arrêté cette année.

Outre la prescription des médicaments, il faudra aussi publier les arrêtés d'exécution sur les modalités et les critères de qualifications particuliers auxquels les titulaires du titre professionnel de sage-femme doivent satisfaire pour effectuer des échographies fonctionnelles et non morphologiques et pour pouvoir pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne

J'ai reçu cette année du Conseil fédéral des sages-femmes un avis sur les échographies ; cet avis est actuellement débattu avec les Communautés en ce qui concerne la formation obstétrique. Ce conseil m'a également adressé un avis partiel concernant la pratique de la rééducation périnéo-sphinctérienne ; il doit encore être complété. Il faut se

*voor de Vroedvrouwen, zoals bepaald door de wet?*

*Hebben vrouwen in België volgens haar echte keuzevrijheid inzake de professionele opvolging van de zwangerschap, met nauwelijks zeven geboortehuizen, waarvan geen enkel in Brussel, en een zeer beperkt aantal ziekenhuizen die hun technische voorzieningen ter beschikking stellen van onafhankelijke vroedvrouwen, waarvan geen enkel in Wallonië? Is ze van plan initiatieven te nemen op dat vlak?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Alles is mogelijk en alles is gefinancierd. Het is op het terrein dat de ziekenhuizen moeten openstaan voor die realiteit.

*De vroedvrouwen, die weten dat het reglementair en financieel kader aanwezig is, worden stilaan ongeduldig. Omdat ze het beu zijn op het akkoord van de ziekenhuizen te wachten, beginnen ze samen te werken en gezondheidshuizen op te richten voor de patiënten die dat wensen.*

*Ik heb het antwoord samengevat, maar ik zal de heer Deprez de volledige tekst bezorgen. De opleiding van de vroedvrouwen, die hoogwaardig is, wordt erkend. Hoewel ik voorstander ben van de toegang tot ziekenhuizen voor vroedvrouwen, kan ik de ziekenhuizen niet dwingen hen toegang te verlenen.*

**De heer Gérard Deprez (MR)**. – U hebt op mijn tweede vraag geantwoord – waarbij u ronduit toegeeft weinig te kunnen doen aangezien u niets kan opleggen aan de ziekenhuizen – maar niet op mijn eerste. Waar blijven de koninklijke besluiten waarin is voorzien door de wet van december 2006 en die aan de houders van de beroepstitel van vroedvrouw rechten en bevoegdheden moeten verlenen?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ter gelegenheid van de uitvoering van koninklijk besluit nr. 78 heb ik in 2007 een advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen gekregen over de geneesmiddelen die zelfstandig in het kader van de opvolging van normale zwangerschappen kunnen worden voorgeschreven, over de praktijk van de normale bevallingen en over de zorg aan de pasgeborenen in en buiten ziekenhuizen. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde heeft ook een advies in dat verband gegeven. Daarop volgde overleg met de Gemeenschappen. Dat neemt uiteraard allemaal tijd in beslag. De opleiding tot verloskundige zou moeten worden aangepast aan de nieuwe bevoegdheid van vroedvrouwen. Het ontwerp wordt momenteel voorgelegd aan de Raad van State. Het is mijn bedoeling dat besluit dit jaar te laten ondertekenen.

*Naast een koninklijk besluit over het voorschrijven van geneesmiddelen moeten er ook uitvoeringsbesluiten worden gepubliceerd over de werkwijze en de kwalificatiecriteria waaraan de houders van de beroepstitel van vroedvrouw moeten voldoen om functionele en geen morfologische echografieën uit te voeren en om bekkenbodembreëducatie te mogen uitoefenen.*

*Ik heb dit jaar van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen een advies over de echografieën gekregen. Dat advies wordt momenteel besproken met de Gemeenschappen voor wat de*

remémorer qu'en 2006, la décision d'accorder aux sages-femmes ces trois nouvelles compétences a été prise par une loi sur la base d'une formation en quatre ans ; or, la formation en Communauté flamande ne dure que trois années et les sages-femmes réclament un allongement, afin de pouvoir aborder toutes ces matières.

Comme vous le constatez, tout est en cours, en dialogue avec les Communautés.

**M. Gérard Deprez (MR).** – Je prendrai connaissance avec intérêt de votre texte.

### **Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les admissions forcées dans les institutions psychiatriques» (n° 5-3880)**

**Mme Helga Stevens (N-VA).** – *La Vlaamse Vereniging voor psychiatrie est fort préoccupée du grand nombre d'admissions forcées en Flandre. Dans un rapport qui vient de paraître, l'inspection des soins, se basant sur un enregistrement effectué par les services psychiatriques flamands, indique qu'il y a eu, en 2011, 3065 admissions forcées. À titre de comparaison : il n'y en avait eu que 2562 en 2007.*

*Les chiffres montrent également un déséquilibre entre la procédure d'urgence et la procédure ordinaire. En 2011, 84,72 pour cent des admissions forcées étaient la conséquence d'une procédure d'urgence, c'est-à-dire effectuée à la demande du parquet. Il s'agit pourtant d'une mesure d'exception. Dans la procédure ordinaire, donc dans 15,28 pour cent des cas, le juge de paix ordonne une admission forcée, une procédure qui peut durer jusqu'à dix jours. Dans les deux cas, le patient est d'abord examiné par un médecin.*

*L'admission forcée étant finalement une forme de privation de liberté, elle ne doit pas être utilisée à la légère. C'est d'autant plus vrai que comme la société est de plus en plus attachée à sa sécurité, le nombre d'admissions forcées est en augmentation. Les médecins préfèrent eux aussi jouer la sécurité. Alors qu'auparavant, ils renvoyaient la personne chez elle, ils choisissent aujourd'hui plutôt l'admission forcée. La meilleure connaissance de la psychiatrie de la part du public et la prise en charge plus ferme de l'alcoolisme et de la toxicomanie font s'envoler les chiffres.*

*Observe-t-on une augmentation similaire des admissions forcées en Wallonie ?*

*Le ministre flamand du Bien-être, Jo Vandeurzen, estime qu'un traitement ambulatoire, forcé ou non, à l'occasion duquel une personne en crise aiguë est soignée chez elle présente un bénéfice supérieur. Il attend beaucoup des équipes mobiles de soins à domicile. Selon quelle base légale peut-on mettre en œuvre un traitement ambulatoire, forcé ou*

*opleiding tot verloskundige betreft. De Federale Raad heeft me eveneens een gedeeltelijk advies gegeven over de praktijk van de bekkenbodembreëducatie. Het moet nog worden vervolledigd. We mogen niet vergeten dat de wet van 2006 die de vroedvrouwen die drie nieuwe bevoegdheden verleent, uitging van een vierjarige opleiding. De opleiding in de Vlaamse gemeenschap duurt echter slechts drie jaar en de vroedvrouwen eisen een aanpassing, zodat al die materie kan worden behandeld.*

*Alles is dus aan de gang en wordt momenteel besproken met de Gemeenschappen.*

**De heer Gérard Deprez (MR).** – *Ik zal met belangstelling uw tekst lezen.*

### **Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de gedwongen opnames in psychiatrische instellingen» (nr. 5-3880)**

**Mevrouw Helga Stevens (N-VA).** – *De Vlaamse Vereniging voor psychiatrie maakt zich grote zorgen over het grote aantal gedwongen opnames in Vlaanderen. In een recent vrijgegeven rapport meldt de Zorginspectie, op basis van een registratie door alle Vlaamse psychiatrische voorzieningen, dat er 3065 gedwongen opnames waren in 2011. Ter vergelijking: in 2007 waren dat er nog maar 2562.*

*Uit de cijfers blijkt ook dat er een scheef trekking tussen de spoedprocedure en de gewone procedure bestaat. In 2011 was 84,72 procent van de gedwongen opnames het gevolg van een spoedprocedure, waarbij een patiënt op vraag van het parket meteen wordt opgenomen. Nochtans is dat een uitzonderingsmaatregel. Bij de standaardprocedure, dus in 15,28 procent van de gevallen, beslist de vrederechter over de gedwongen opname; deze procedure kan tot tien dagen duren. In beide gevallen wordt de patiënt eerst door een arts onderzocht.*

*Omdat een gedwongen opname geen sinecure is en feitelijk een vorm van vrijheidsberoving is, moet er zorgvuldig mee worden omgesprongen. Dat geldt des te meer omdat de samenleving steeds meer belang hecht aan veiligheid, waardoor het aantal gedwongen opnames stijgt. Ook spelen artsen liever op veilig. Vroeger stuurden ze iemand naar huis, nu lijken ze veeleer voor een gedwongen opname te kiezen. De toenemende bekendheid van de psychiatrie en de hardere aanpak van alcohol- en druggebruik werken de recordcijfers verder in de hand.*

*Is er in Wallonië een gelijkaardige stijging van de gedwongen opnames?*

*Vlaams minister van Welzijn Jo Vandeurzen ziet meer heil in een, al dan niet gedwongen, ambulante behandeling, waarbij iemand met een acute crisis thuis wordt opgevangen. Hij verwacht veel van de mobiele teams die zorg aan huis zullen verlenen. Op welke wettelijke basis is zo'n, al dan niet gedwongen, ambulante behandeling mogelijk? Hoe wordt de opvolging verzekerd?*

*non ? Comment en assure-t-on le suivi ?*

*N'y aurait-il pas lieu de revoir et de moderniser l'ensemble de la procédure en matière d'admissions forcées ? Dans l'affirmative, quand la ministre pourra-t-elle formuler des propositions concrètes en la matière ?*

**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 nombre d'admissions forcées connaît une augmentation semblable en Wallonie. Selon le Résumé psychiatrique minimum, le nombre d'admissions forcées fut de 1 490 en 2010, contre 1 380 en 2007.*

*Le but n'est pas de faire appel aux équipes mobiles d'intervention de crise pour transférer vers un établissement des patients qui doivent être hospitalisés, que ce soit ou non en exécution d'une mesure de protection. Cette équipe mobile n'est pas non plus destinée à intervenir dans des situations d'urgence, comme le fait par exemple un SMUR.*

*La fonction 2A du modèle de la réforme des soins de santé mentale – mise en œuvre dans 19 projets pilotes – vise à intervenir de manière thérapeutique dans les situations aiguës de crise ou à prévenir ces situations, avec pour objectif d'éviter une hospitalisation. Il s'agit donc de situations de crise et non d'urgences.*

*Nous partons du principe qu'en cas de situation de crise, il n'est pas nécessairement indispensable que l'équipe mobile se rende de façon immédiate auprès du demandeur de soins. Les admissions forcées ne relèvent pas des équipes mobiles.*

*Quant à la révision éventuelle de la procédure relative aux admissions forcées, cette question ne relève pas de ma compétence et je vous renvoie à ma collègue de la Justice.*

*Lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 18 juin 2012, il a notamment été décidé d'évaluer, en concertation avec la Justice, les difficultés liées à la législation relative à la psychiatrie légale (« internement » et « For-K ») ainsi que leurs effets sur les projets pilotes.*

*Le groupe de travail intercabinets « taskforce soins de santé mentale » a donc été chargé d'analyser – et de donner une suite utile à cette analyse – les législations suivantes : la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, la loi du 13 juin 2006 modifiant la législation relative à la protection de la jeunesse et à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et la loi du 13 juillet 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental. Pour soutenir le travail de cette taskforce, le groupe de travail « psychiatrie légale » du Conseil national des Établissements hospitaliers analyse actuellement la loi du 26 juin 1990 ; les spécialistes en la matière sont auditionnés.*

*Il m'a en effet semblé intéressant, pour entamer les débats avec la Justice concernant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, de disposer de l'avis et des propositions du Conseil national quant à l'adaptation de la réglementation.*

Is het niet raadzaam om de hele procedure inzake de gedwongen opname te herbekijken en te moderniseren? Zo ja, tegen wanneer kan de minister hierover concrete voorstellen doen?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – In Wallonië is er een gelijkaardige stijging van de gedwongen opnames. Volgens de Minimale Psychiatrie Gegevens waren er in 2010 in Wallonië 1490 gedwongen opnames, tegenover 1380 in 2007.

Het is hoegenaamd niet de bedoeling dat de mobiele crisisinterventieteams worden ingezet om patiënten, die al dan niet gedwongen moeten worden opgenomen, naar een instelling over te brengen. Het is evenmin de bedoeling dat die mobiele equipes uitrukken in urgentiesituaties, zoals bijvoorbeeld een MUG dat doet.

De functie 2A van het model van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, die momenteel in negentien proefprojecten is opgestart, is bedoeld om in acute crisissituaties therapeutisch tussen te komen of om dergelijke crisissituaties te voorkomen, met de bedoeling om een ziekenhuisopname te vermijden. Het gaat dus om crisisgevallen, niet om urgenties.

Het uitgangspunt is dat het bij een crisissituatie niet noodzakelijk nodig is dat de mobiele equipe zich onmiddellijk begeeft naar de plaats waar de zorgvrager zich bevindt, thuis of elders, in zijn of haar leefomgeving. Die mobiele equipes staan niet in voor gedwongen opnames.

De vraag of de hele procedure voor de gedwongen opnames moet worden herbekeken overstijgt mijn bevoegdheden als minister van Volksgezondheid. Ik verwijs mevrouw Stevens naar de minister van Justitie, die voor dit aspect bevoegd is.

Wel kan ik meedelen dat op de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 18 juni 2012 onder meer werd afgesproken om met Justitie de moeilijkheden inzake de wetgeving betreffende de forensische psychiatrie ('internering' en 'For-K') en de gevolgen ervan voor de proefprojecten van Volksgezondheid te evalueren.

Daarom werd aan de interkabinettenwerkgroep 'taskforce ggz' de opdracht gegeven de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, de wet van 13 juni 2006 tot wijziging van de wetgeving betreffende de jeugdbescherming en het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en de wet van 13 juli 2007 betreffende de internering van de personen met een geestesstoornis, te analyseren en aan die analyse nuttige gevolgen te geven. Om het werk van deze taskforce te ondersteunen, maakt de ad-hocwerkgroep "forensische psychiatrie" van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen momenteel een analyse van de wet van 26 juni 1990; zij hoort daarbij de deskundigen op dit vlak.

Teneinde de besprekingen met Justitie over de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke aan te vatten, vond ik het inderdaad interessant om te beschikken over het advies en de voorstellen

**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 la valve aortique percutanée» (n° 5-3912)**

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement de la valve aortique percutanée» (n° 5-4039)**

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

**Mme Cindy Franssen (CD&V).** – *Une valve aortique percutanée est un petit dispositif d'à peine deux centimètres qui est introduit, via une artère située dans l'aîne, pour être acheminé vers le cœur. Il s'agit d'une petite intervention médicale. Les cardiologues estiment qu'il s'agit de la valve cardiaque du futur. La technique a déjà été utilisée à 50 000 reprises dans le monde entier. En Belgique, 1000 personnes en ont bénéficié.*

*Cette valve est destinée aux patients chez qui une opération classique est trop risquée ou impossible. Son coût est cependant très élevé : 18 000 euros. L'INAMI ne remboursant pas cette technique, le patient doit prendre en charge la plus grande partie de l'intervention. Vingt à trente pour cent des patients, des cas très exceptionnels, ont pourtant obtenu le remboursement de l'intervention.*

*Le Centre d'expertise des soins de santé a rendu un avis négatif au sujet du remboursement de ces valves aortiques. Le secteur des soins de santé et les mutualités ont cependant souligné que ce traitement pouvait sauver des vies et revendiquent le remboursement de la valve aortique, mais étant donné le coût de cette technique, uniquement pour les patients qui ne peuvent pas supporter une opération à cœur ouvert.*

*J'aimerais savoir si la ministre a connaissance du profil des patients chez qui on a déjà placé une valve aortique percutanée. Peut-elle fournir un relevé des cas pour lesquels l'INAMI a exceptionnellement remboursé ce traitement ? Pour quelle part du coût l'INAMI est-il intervenu dans ces cas ? Quel était le profil de soins de ces personnes ? À quels critères médicaux ces patients doivent-ils satisfaire pour obtenir un remboursement partiel de cette intervention ?*

*La ministre envisage-t-elle la possibilité de faire rembourser ce traitement, ne serait-ce que partiellement, par l'INAMI ? Dans l'affirmative, dans quels cas sera-t-il remboursé et dans quelle mesure ?*

*Je ne verrais bien entendu aucune objection à ce que vous me transmettiez les chiffres par écrit.*

van de Nationale Raad met betrekking tot de aanpassing van de regelgeving.

**Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van de percutane aortaklep» (nr. 5-3912)**

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van de percutane aortaklep» (nr. 5-4039)**

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

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V).** – Een percutane aortaklep is een klein instrumentje van amper twee centimeter dat wordt ingebracht via een slagader in de lies en naar het hart wordt geschoven. Het gaat om een kleine medische ingreep en cardiologen noemen het de hartklep van de toekomst. De techniek werd wereldwijd al 50 000 keer toegepast. Ook in België werden er al 1000 mensen mee geholpen.

Deze klep is een oplossing voor hartpatiënten voor wie een klassieke openhartoperatie onmogelijk of enorm risicovol is. Ze is echter zeer duur, namelijk zo'n 18 000 euro. Het grootste deel van de kostprijs moet door de patiënt zelf worden betaald, aangezien het RIZIV niet voor de methode terugbetaalt. Voor twintig à dertig patiënten werden de kosten wel al terugbetaald, aangezien het ging om heel uitzonderlijk gevallen.

Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg gaf een negatief advies met betrekking tot de terugbetaling van deze aortakleppen. De zorgsector en de ziekenfondsen benadrukken echter dat deze behandeling levens kan redden en ijveren voor de terugbetaling van de hartklep, maar dan enkel voor mensen die geen openhartoperatie kunnen ondergaan, aangezien de kosten anders te hoog zullen oplopen.

Ik had graag vernomen of de minister zicht heeft op het profiel van de patiënten die reeds een percutane aortaklep hebben laten plaatsen. Kan ze een overzicht geven van de gevallen waarbij de behandeling met de percutane aortaklep door het RIZIV uitzonderlijk wel werd terugbetaald? Voor hoeveel procent kwam het RIZIV in deze gevallen tussenbeide? Wat was het zorgprofiel van deze personen? Aan welke criteria moet de medische situatie van de patiënten voldoen opdat het RIZIV deze behandeling gedeeltelijk vergoedt?

Overweegt de minister de mogelijkheid om het RIZIV deze behandeling alsnog in bepaalde mate te laten terugbetalen? Zo ja, in welke gevallen zal de behandeling worden terugbetaald en in welke mate?

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je compléterai brièvement la question de l'intervenant précédent.*

*Je voudrais avant tout souligner l'évolution intervenue dans la position scientifique. En 2008, le Centre d'expertise a en effet rendu un avis négatif, avant de le modifier en 2011 pour les patients inopérables pour raisons anatomiques.*

*Je me demande par ailleurs s'il n'y aurait pas lieu de faire réexaminer cette question par le Centre d'expertise, compte tenu des progrès de la science et des exemples venus de l'étranger. Nous pourrions ainsi élaborer une nouvelle politique cohérente en matière de remboursement des valves aortiques percutanées.*

**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 12 novembre 2012, le Comité de l'assurance de l'INAMI a inscrit le stent valvulaire transcathéter implantable au niveau aortique, la valve aortique percutanée, dans la liste limitative des prestations médicales innovantes, permettant au Collège des médecins-directeurs d'accorder une intervention financière dans le cadre de l'article 25quater du Fonds spécial de solidarité. Cela signifie donc que l'implantation percutanée d'une valve aortique est remboursée.*

*La sténose de la valve aortique est l'anomalie valvulaire la plus fréquente chez les patients âgés de plus de 65 ans. Le traitement classique est le remplacement chirurgical de la valve par une prothèse, ce qui donne d'excellents résultats.*

*Toutefois, un groupe limité et bien défini de patients ne peut bénéficier d'une opération classique pour des raisons anatomiques, donc non en raison d'autres problèmes médicaux. Pour ces patients, il est indiqué de placer une valve aortique par voie percutanée.*

*Le Fonds spécial de solidarité intervient à condition que des rapports – médicaux, cardiologiques et gériatriques – circonstanciés et récents, joints à la demande, établis par des médecins spécialistes autorisés à pratiquer la médecine en Belgique, démontrent que, cumulativement, il est satisfait aux différents critères d'inclusion sans répondre à un ou plusieurs critères d'exclusion. Je communique aux orateurs la liste de ces critères, établis sur la base des recommandations du KCE, que le Collège des médecins-directeurs a décidé de suivre.*

*L'intervention financière du Fonds spécial de solidarité pour cet implant ne peut concerner que le modèle de stent valvulaire qui a fait spécifiquement l'objet d'une étude randomisée récente et portant sur un nombre suffisant de patients, étude ayant démontré que le stade expérimental pour ce modèle est dépassé.*

*L'intervention financière du Fonds spécial de solidarité est plafonnée à 12 000 euros pour la valve aortique percutanée et tous les accessoires nécessaires à son implantation.*

*Le Collège des médecins-directeurs n'intervient qu'une seule fois par patient dans le coût de la valve aortique percutanée.*

Uiteraard heb ik er geen bezwaar tegen dat de cijfergegevens me schriftelijk worden bezorgd.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik zal de vraag van de vorige spreker bondig aanvullen.

Allereerst verwijst ik naar het wetenschappelijk voortschrijdend inzicht. In 2008 heeft het Kenniscentrum inderdaad negatief advies uitgebracht, maar in 2011 wijzigde het KCE zijn advies voor patiënten die inoperabel zijn wegens anatomische beperkingen.

Naast de vragen van de vorige spreker vraag ik me af of het niet nodig is deze aangelegenheid opnieuw onder de loep te laten nemen door het Kenniscentrum, rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap en allerlei internationale voorbeelden, teneinde een nieuw coherent beleid uit te werken met betrekking tot de terugbetaling van percutane aortakleppen.

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – Op 12 november 2012 heeft het Verzekeringscomité van het RIZIV de transkatheter implanteerbare klepstent in aortapositie, de percutane aortaklep, ingeschreven op de limitatieve lijst van innovatieve medische verstrekkingen die het College van geneesheren-directeurs in staat stelt om een financiële tegemoetkoming te verlenen in het kader van artikel 25quater van het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF). Dit betekent dus dat de TAVI-klep wel degelijk wordt terugbetaald.

Aortaklepstenose is de meest voorkomende klepafwijking bij patiënten ouder dan 65 jaar. De klassieke behandeling is het chirurgisch vervangen van de klep door een prothese, wat heel goede resultaten geeft.

Een kleine en goed afgelijnde groep van patiënten komt niet in aanmerking voor een klassieke operatie om anatomische redenen, dus niet wegens bijkomende medische problemen. Voor deze patiënten is het plaatsen van een percutane aortaklep raadzaam.

Het BSF komt tegemoet indien op basis van bij de aanvraag gevoegde recente omstandige medische, cardiologische en geriatrische verslagen, opgesteld door een geneesheer-specialist gemachtigd om de geneeskunde uit te oefenen in België, blijkt dat cumulatief beantwoord wordt aan de verschillende inclusiecriteria zonder dat beantwoord wordt aan een of meerdere exclusiecriteria. Ik bezorg de sprekers de lijst van deze criteria. Ze zijn opgesteld volgens de aanbevelingen van het KCE, die het College van geneesheren-directeurs beslist heeft te volgen.

De financiële tegemoetkoming van het BSF voor dit implantaat is enkel mogelijk voor het model van stentklep, die specifiek bestudeerd werd in een recente gerandomiseerde studie bij een voldoende groot aantal patiënten, waarbij werd aangetoond dat het experimenteel stadium voor dit model voorbij is.

De financiële tussenkomst van het BSF bedraagt maximaal 12 000 euro voor de percutane aortaklep en alle toebehoren nodig voor de implantatie ervan.

Het College van geneesheren-directeurs komt per patiënt

*Le Collège des médecins-directeurs, qui se prononce au sujet des demandes adressées au FSS, n'a encore accordé aucune intervention financière pour une valve aortique percutanée car à ce jour, aucune demande ne satisfaisait aux critères précités.*

*Les demandes adressées au FSS concernent des patients encore aptes à subir une intervention classique ou confrontés à d'autres problèmes de santé en raison desquels ils ne satisfont pas aux critères. Le Collège constate que ni cette affection ni ses indications ne sont rares : quelle que soit la maladie à traiter, il convient toujours d'opter pour l'intervention la moins invasive. Ce principe s'applique encore davantage aux personnes âgées, surtout en cas de comorbidité.*

*Depuis la décision du Comité de l'assurance d'inscrire les valves aortiques percutanées dans la liste limitative, le Collège a reçu dix demandes. Il en a refusé six qui ne satisfaisaient manifestement pas aux critères d'intervention. Pour quatre dossiers, il a demandé aux organismes assureurs de compléter les demandes, celles-ci ne contenant pas toutes les informations nécessaires. Ces quatre demandes satisfaisaient aux critères d'inclusion, mais le Collège n'a pas été en mesure de vérifier si les patients satisfaisaient aux critères d'exclusion.*

*Ainsi, aucune demande ne comportait d'évaluation gériatrique. Le Collège réexaminera les demandes dès qu'il aura reçu les informations manquantes.*

*Un groupe de travail du Conseil technique des implants élabore actuellement des conditions pour permettre le remboursement par l'INAMI de l'implantation percutanée d'une valve aortique dans le cadre de la catégorie 5, c'est-à-dire pour des applications cliniques limitées, durant la période d'évaluation. Ce travail est effectué en concertation avec le KCE, auquel il semble donc inutile de confier une nouvelle étude. D'ailleurs, le KCE a déjà consacré deux études approfondies à ce type de valve aortique.*

*M. Louis Ide (N-VA). – J'ai demandé qu'une nouvelle étude soit menée par le KCE, mais je sais que c'est compliqué. Le fait que le Conseil technique fasse une étude répond néanmoins à l'essentiel de ma question. Étant donné la dynamique dans ce dossier, la réponse de la ministre me satisfait dès lors.*

### **Demande d'explications de M. Johan Verstreken à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'évolution de la formation d'infirmier» (n° 5-3919)**

*M. Johan Verstreken (CD&V). – Afin de répondre aux besoins croissants en soins de santé dans notre société, la demande en personnel infirmier qualifié ne cesse d'augmenter. Dans la note de politique Santé publique, la ministre s'engage à poursuivre les efforts en vue de renforcer l'attractivité de la profession infirmière. Comme les infirmiers sont de plus en plus souvent confrontés à des*

*slechts eenmalig tussen in de kosten van een percutane aortaklep. Het College van geneesheren-directeurs, dat uitspraak doet over de aanvragen bij het BSF, heeft nog geen enkele financiële tussenkomst voor een percutane aortaklep verleend, want tot op heden beantwoordde geen enkele aanvraag aan de criteria waarvan zonet sprake.*

*De aanvragen bij het BSF betreffen patiënten die nog in staat zijn om een klassieke ingreep te ondergaan of andere gezondheidsproblemen hebben die ertoe leiden dat ze niet aan de aanbevelingen beantwoorden. Het College stelt vast dat de aandoening noch de indicatie zeldzaam zijn: de minst invasieve ingreep is immers altijd te verkiezen, wat ook de te behandelen aandoening mag zijn. Dit is nog meer het geval bij ouderen en zeker als ze andere comorbiditeiten kennen.*

*Sinds de beslissing van het Verzekeringscomité om percutane aortakleppen in te schrijven op de limitatieve lijst heeft het College tien aanvragen ontvangen. Het heeft er zes geweigerd die manifest niet aan de criteria voor tussenkomst beantwoordden en heeft voor vier dossiers aan de verzekeringsinstellingen gevraagd om de aanvragen te vervolledigen, aangezien deze niet alle benodigde informatie bevatten. Deze vier aanvragen beantwoordden aan de inclusiecriteria, maar het College was niet in staat na te gaan of de patiënten aan de exclusiecriteria voldeden.*

*Zo bevatte geen enkele aanvraag een geriatrisch rapport. Het College zal de aanvragen opnieuw onderzoeken van zodra het de ontbrekende informatie ontvangt.*

*Een werkgroep van de Technische Raad voor Implantaten werkt momenteel voorwaarden uit om in een terugbetaling te voorzien van de percutane aortaklep, binnen de nomenclatuur in het kader van een categorie-5-procedure. Het betreft de beperkte klinische toepassingen tijdens de evaluatieperiode van de terugbetaling. Dit gebeurt in overleg met het KCE. Het lijkt dan ook niet nuttig om het KCE een nieuwe studie te laten uitvoeren. Het KCE heeft trouwens, met een interval van een paar jaar, reeds twee uitgebreide studies gewijd aan dit type van aortaklep.*

*De heer Louis Ide (N-VA). – Hoewel ik vroeg naar een nieuwe studie door het KCE, ben ik me ervan bewust dat dit omslachtig is. Dat de Technische Raad onderzoek doet, voldoet echter aan de kern van mijn vraag. Gelet op de dynamiek in dit dossier, stemt het antwoord van de minister me dan ook tevreden.*

### **Vraag om uitleg van de heer Johan Verstreken aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de evolutie van de opleiding van verpleegkundigen» (nr. 5-3919)**

*De heer Johan Verstreken (CD&V). – Om aan de toenemende zorgbehoefte in onze samenleving te voldoen is er almaar meer nood aan gekwalificeerd verplegend personeel. In de beleidsnota Volksgezondheid engageert de minister zich inspanningen te blijven doen om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijk te maken. Omdat verpleegkundigen steeds vaker in complexe situaties*

*situations complexes, on étudie actuellement les aptitudes attendues pour exercer ce métier. Cette étude pourra servir de base aux réflexions.*

*La ministre a fait part de son souhait de se concerter avec les communautés sur les conséquences de cette évolution pour la formation d'infirmier.*

*Cette concertation a-t-elle déjà eu lieu ?*

*Dans l'affirmative, sur quels sujets a-t-elle porté, et avec quel résultat ?*

*Dans la négative, quand la concertation est-elle prévue, et quels points seront-ils abordés ?*

*Quelles sont, selon la ministre, les conséquences pour la formation d'infirmier ?*

**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 est exact que les soins fournis aux patients sont de plus en plus complexes. Le savoir-faire des infirmiers doit donc pouvoir évoluer. Il doit en outre y avoir des échanges avec les autres professionnels de la santé, un contrôle sur les aides-soignants doit être exercé, et les soins doivent être coordonnés ; tout cela requiert aussi des aptitudes spécifiques. Les arrêtés ministériels définissant les critères des différents titres et aptitudes professionnels particuliers visent à consolider une formation spécialisée dans divers domaines afin de répondre à la complexité des profils des patients.*

*Mais la question porte sur la formation de base. Une comparaison avec les formations existantes dans d'autres pays montre que la Belgique n'est plus une référence. Le SPF Santé publique vient de finaliser une étude menée à ma demande sur les compétences attendues des infirmiers. En juillet, j'ai envoyé le rapport complet aux ministres de l'Enseignement en leur demandant de me faire savoir si les formations actuellement données dans les trois communautés répondent bien à ce profil de compétences.*

*Des concertations doivent avoir lieu à ce sujet, mais, jusqu'à présent, seul le ministre Marcourt a réagi. Il est demandeur d'une telle concertation. À cette occasion, nous devons aussi aborder l'adaptation de la formation d'infirmier aux exigences de l'Union européenne qui discute actuellement de ce sujet.*

*J'estime que, dans leur formation, les infirmiers doivent être préparés pour répondre aux exigences de soins les plus complexes. L'étude montre aussi que des connaissances approfondies et des compétences dans diverses matières sont nécessaires pour poser des actes techniques par exemple. La profession d'infirmier n'est plus une simple fonction exécutive mais exige réflexion, collaboration, coordination et monitoring. Un infirmier doit aussi pouvoir s'adapter à divers domaines professionnels avec une expertise plus ou moins poussée. Les infirmiers formés aujourd'hui devront pouvoir apprendre et évoluer durant toute leur carrière, et la formation doit les y préparer.*

**M. Johan Verstreken (CD&V).** – *Je remercie la ministre de sa réponse. Peut-elle nous procurer les résultats de l'étude ?*

terechtkomen, is onderzocht welke vaardigheden van verpleegkundigen worden verwacht. Dat kan dan als basis voor de denkoefeningen dienen.

De minister liet weten dat ze met de gemeenschappen wil overleggen over de gevolgen van deze evolutie voor de verpleegopleiding.

Heeft dat overleg al plaatsgevonden?

Zo ja, wat werd er besproken en wat was het resultaat?

Zo neen, wanneer is het overleg gepland en welke punten komen erin aan bod?

Hoe ziet de minister de gevolgen voor de verpleegopleiding?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het klopt dat de patiëntenzorg steeds ingewikkelder wordt. De vaardigheden van verpleegkundigen moeten dus kunnen evolueren. Daarnaast is er ook uitwisseling nodig met de andere gezondheidszorgbeoefenaars, toezicht op de zorgkundigen en zorgcoördinatie en ook dat vergt specifieke vaardigheden. Met de ministeriële besluiten waarin de criteria van de verschillende bijzondere beroepstitels en bekwaamheden worden vastgelegd, willen we een gespecialiseerde opleiding in de diverse domeinen ondersteunen, om beter in te spelen op de complexiteit van de patiëntenprofielen.*

De vraag gaat echter over de basisopleiding. Uit de vergelijking met de opleidingen in andere landen blijkt dat België geen ijkpunt meer is. De FOD Volksgezondheid heeft zopas op mijn verzoek een onderzoek afgerond naar de verwachte competenties van verpleegkundigen. In juli heb ik het volledige rapport naar de onderwijsministers gestuurd met de vraag mij te laten weten of de huidige opleidingen in de drie gemeenschappen wel aan dat competentieprofiel beantwoorden.

Hierover moet overleg worden gepleegd, maar tot nog toe heeft alleen minister Marcourt gereageerd. Hij is vragende partij voor zo'n overleg. We zullen het tijdens het overleg ook moeten hebben over de aanpassing van de verpleegopleiding aan de eisen van de Europese Unie, die momenteel in de Europese instanties worden besproken.

Ik ben van oordeel dat verpleegkundigen in hun opleiding moeten worden voorbereid om aan de meest ingewikkelde zorgvragen te beantwoorden. Uit het onderzoek blijkt ook dat voor het uitvoeren van bijvoorbeeld technische handelingen een grondige kennis en competenties in diverse materies nodig zijn. Het beroep van verpleegkundige is niet meer louter uitvoerend, maar vergt nadenken, samenwerken, coördinatie en monitoring. Een verpleegkundige moet zich ook kunnen aanpassen aan verschillende beroepsdomeinen, met een min of meer doorgedreven expertise.

Verpleegkundigen die vandaag worden opgeleid, zullen tijdens hun hele loopbaan moeten kunnen leren en evolueren en de opleiding moet hen hierop voorbereiden.

**De heer Johan Verstreken (CD&V).** – *Ik dank de minister voor haar antwoord. Kunnen we de resultaten van het*

*Celle-ci me semble intéressante.*

*Une concertation a donc eu lieu avec le ministre francophone de l'Enseignement mais pas encore avec la Flandre. Qui doit entreprendre les démarches nécessaires ?*

**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 en tout cas posé la question au ministre flamand de l'Enseignement mais je n'ai encore eu aucune réaction. Je vais demander à mon administration de prendre contact.*

### **Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les honoraires des spécialistes dans les hôpitaux belges» (n° 5-4006)**

**Mme Cindy Franssen (CD&V)**. – *En 2012, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a publié un rapport sur les honoraires des spécialistes dans les hôpitaux belges.*

*Le Centre d'expertise a demandé à la société Deloitte de mener une enquête auprès des hôpitaux pour identifier de manière anonyme le coût moyen d'une demi-journée de travail dans chaque spécialité. De nombreux hôpitaux ont refusé de participer à l'enquête. Finalement, 13 hôpitaux sur 77 ont participé.*

*L'enquête révèle que les spécialistes hospitaliers perçoivent en moyenne 460 euros d'honoraires pour une demi-journée de travail, après déduction des sommes qu'ils cèdent à l'hôpital pour couvrir les frais liés à leurs prestations. Ces revenus sont très variables selon la spécialité et la région. Les spécialistes flamands perçoivent souvent davantage que leurs collègues wallons. En outre, il y a de grandes différences entre les spécialistes eux-mêmes. Ainsi, l'enquête montre que les néphrologues et les spécialistes en biologie clinique perçoivent beaucoup plus que les pédiatres, les rhumatologues et les dermatologues.*

*Mais l'étude a été critiquée en ce sens qu'elle serait trop peu représentative et se baserait sur de trop nombreuses hypothèses. Le KCE a reconnu que l'étude est basée sur de nombreuses hypothèses et un nombre limité de sources.*

*Je trouve important de disposer de ces données. C'est pourquoi je regrette que de nombreux hôpitaux n'aient pas participé à l'étude, mais que l'on critique le manque de représentativité de l'étude.*

*La ministre dispose-t-elle d'une vue d'ensemble des divers honoraires des spécialistes, après déduction des montants qu'ils cèdent à l'hôpital pour couvrir les frais liés à leurs prestations ?*

*Les différences d'honoraires entre les spécialistes sont-elles proportionnelles aux responsabilités assumées par ces spécialistes ?*

*Est-il acceptable que des hôpitaux, à la demande ou non de leurs médecins, refusent de communiquer ces données au KCE ? Dans la négative, que peut-on faire pour obtenir*

*onderzoek ook krijgen? Dat lijkt me interessant.*

*Ik begrijp dat er overleg is geweest met de Franstalige minister van Onderwijs, maar dus nog niet met Vlaanderen. Wie moet daarvoor de nodige stappen doen?*

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik heb de vraag in elk geval ook aan de Vlaamse minister van Onderwijs gesteld, maar kreeg nog geen reactie. Ik zal mijn administratie vragen contact op te nemen.*

### **Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de specialistenhonoraria in de Belgische ziekenhuizen» (nr. 5-4006)**

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V)**. – *In 2012 bracht het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg een rapport uit over een naar de specialistenhonoraria in Belgische ziekenhuizen.*

*Het Kenniscentrum vroeg Deloitte om een geanonimiseerd onderzoek bij de ziekenhuizen uit te voeren, om zo de gemiddelde kost van een halve werkdag voor elk specialisme te kunnen bepalen. Vele ziekenhuizen weigerden aan het onderzoek deel te nemen. Uiteindelijk deden maar 13 van de 77 ziekenhuizen mee.*

*Uit het onderzoek blijkt dat ziekenhuisspecialisten een gemiddeld honorarium van 460 euro ontvangen voor een halve werkdag, na aftrek van de bedragen die ze aan het ziekenhuis afstaan voor kosten met betrekking tot hun prestaties. De inkomsten variëren wel heel erg naargelang van het specialisme en de regio. Vlaamse specialisten verdienen vaak meer dan hun Waalse collega's. Bovendien zijn er ook grote verschillen tussen de specialisten onderling. Zo blijkt uit het onderzoek dat nefrologen en klinisch biologen heel wat meer verdienen dan pediaters, reumatologen en dermatologen.*

*Er kwam echter kritiek op de studie, ze zou te weinig representatief zijn en te veel op hypotheses gebaseerd zijn. Het KCE erkende dat de studie gebaseerd is op 'veel hypotheses' en 'beperkt bronnenmateriaal'.*

*Ik vind het belangrijk om over deze gegevens te beschikken. Daarom vind ik het spijtig dat tal van ziekenhuizen niet hebben deelgenomen aan de studie, maar dat er wel kritiek is op het feit dat de studie te weinig representatief zou zijn.*

*Beschikt de minister over een volledig overzicht van de verschillende honoraria van specialisten, na aftrek van de bedragen die ze aan het ziekenhuis afstaan voor kosten met betrekking tot hun prestaties?*

*Zijn de verschillen tussen de honoraria van de specialismen recht evenredig met de verantwoordelijkheden die specialisten dragen?*

*Is het aanvaardbaar dat ziekenhuizen, al dan niet op vraag van hun artsen, weigeren deze gegevens aan het KCE mee te delen? Zo neen, wat moet worden gedaan om deze relevante*



*quand même ces données pertinentes ?*

*Le refus de communiquer les données ne constitue-t-il pas une atteinte à la publicité de l'administration instaurée prévue par la loi du 11 avril 1994 et l'article 32 de la Constitution, lesquels disposent que tout le monde a le droit de consulter tout document administratif et d'en obtenir une copie ? En d'autres termes, dans le cadre de la publicité de leur administration, les hôpitaux ne sont-ils pas obligés de communiquer ces honoraires ?*

**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 données dont dispose mon administration concernent exclusivement l'assurance maladie obligatoire. Les données comptables des hôpitaux étant des données globalisées, il n'est pas possible de connaître les rémunérations individuelles des médecins. Ces données ne figurent pas, en tant que telles, dans le budget des moyens financiers.*

*De plus, les honoraires facturés par les médecins spécialistes d'un hôpital aux patients peuvent varier selon que le médecin est ou non conventionné.*

*Je n'ai par conséquent pas de vue d'ensemble sur ces différences. L'étude du KCE est particulièrement intéressante car elle contient des informations à ce sujet, fussent-elles partielles. Même si de nombreux hôpitaux ont refusé – parfois à la demande du conseil médical – de participer à l'étude, celle-ci contient la meilleure estimation dont nous disposons actuellement pour la Belgique. L'échantillon choisi portait sur 13 hôpitaux et 1511 médecins.*

*Selon la loi, les gestionnaires d'hôpitaux peuvent retenir une partie des honoraires avant de les verser aux médecins. Le montant des retenues sur les revenus professionnels des médecins hospitaliers est cependant très variable et constitue une donnée non enregistrée.*

*Il reste très hasardeux d'évaluer d'une façon générale les divers niveaux de responsabilité des médecins et surtout, leurs diverses spécialités.*

*De plus, les médecins hospitaliers ont différents statuts, ce qui influence également l'appréciation de leur niveau réel de rémunération. Certes, je regrette que certains hôpitaux adoptent une attitude peu transparente et ne veuillent pas coopérer à l'étude du KCE, mais j'attire l'attention sur le fait que, tant l'article 32 de la Constitution, visant la consultation et la délivrance de documents administratifs, que la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration portent essentiellement sur l'accès aux documents des autorités administratives.*

**Mme Cindy Franssen (CD&V)**. – *La réponse de la ministre ne me satisfait pas pleinement. Je trouve regrettable, tout comme la ministre, que certains hôpitaux n'aient pas coopéré à l'étude. Des économies doivent être réalisées mais nous ne pouvons avoir aucune vue d'ensemble des moyens sur lesquels les économies pourront éventuellement porter.*

*Si je comprends bien, nous continuons à nous appuyer sur*

*gegevens toch te kunnen krijgen?*

Is het niet beschikbaar stellen van de gegevens een schending van de openbaarheid van bestuur, op basis van de wet van 11 april 1994 en van artikel 32 van de Grondwet, die stellen dat iedereen recht heeft om elk bestuursdocument te raadplegen en er een afschrift van te krijgen? Zijn, met andere woorden, de ziekenhuizen in het kader van de openbaarheid van bestuur niet verplicht die honoraria bekend te maken?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De gegevens waarover mijn administratie beschikt, hebben uitsluitend betrekking op de verplichte ziekteverzekering. Aangezien de boekhoudkundige gegevens van de ziekenhuizen samengevoegde gegevens zijn, is het niet mogelijk de individuele artsenvergoedingen te kennen. Dergelijke gegevens komen als dusdanig niet voor in het budget van de financiële middelen.

De erelonen die de artsen-specialisten van een ziekenhuis aan de patiënten aanrekenen, kunnen bovendien verschillen naargelang de arts al dan niet geconventioneerd is.

Ik heb bijgevolg geen volledig zicht op die verschillen. De studie van het KCE is bijzonder interessant omdat ze hierover gegevens bevat, ook al gaat het om gedeeltelijke gegevens. Vele ziekenhuizen mogen dan al geweigerd hebben – soms op verzoek van de medische raad – om aan de studie deel te nemen, toch bevat de studie de beste raming waarover we thans voor België beschikken. Het gekozen staal bevatte 13 ziekenhuizen en vertegenwoordigde 1511 artsen.

Krachtens de wet kunnen de beheerders in de ziekenhuizen een deel van de erelonen inhouden voordat ze die aan de artsen doorstorten. De grootte van de afhoudingen op de beroepsinkomsten van de ziekenhuisartsen is echter zeer variabel en is eveneens een niet-geregistreerd gegeven.

Het blijft een hachelijke onderneming om in het algemeen een relatief gewicht toe te kennen aan de verschillende verantwoordelijkheidsniveaus van de artsen en vooral van hun diverse specialiteiten.

De ziekenhuisartsen hebben bovendien verschillende statuten, wat de beoordeling van hun werkelijke vergoedingsniveau ook beïnvloedt.

Ook al kan ik betreuren dat sommige ziekenhuizen zich weinig transparant opstelden en niet wilden meewerken aan de studie van het KCE, toch wil ik erop wijzen dat zowel artikel 32 van de Grondwet, dat de raadpleging en afgifte van bestuurlijke stukken beoogt, als het toepassingsgebied van de wet van 11 april 1994 betreffende de openbaarheid van bestuur, vooral betrekking hebben op de toegang tot documenten van de bestuurlijke overheden.

**Mevrouw Cindy Franssen (CD&V)**. – Ik ben niet zo gelukkig met het antwoord van de minister. Ik vind het, net als zij, jammer dat sommige ziekenhuizen niet bereid waren om aan het onderzoek mee te werken. Er moet bespaard worden, maar we kunnen geen volledig zicht krijgen op de middelen waarop eventueel kan worden bespaard.

Als ik het goed begrijp, blijven we ons best baseren op de

*l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, même si elle n'est pas complète. Je ne peux me départir de l'idée que, par exemple, la pénurie de pédiatres est en partie liée à une rémunération inférieure. Il me paraît important de mieux identifier la tension salariale entre les spécialistes, en particulier en ce qui concerne l'assurance maladie obligatoire. On ne pourra mener une bonne politique que si l'on dispose de données chiffrées en suffisance.*

*J'appelle dès lors les hôpitaux à collaborer au maximum à de nouvelles études ou à un approfondissement de l'étude actuelle. Il en va finalement de moyens publics.*

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la présidence de la Commission de planification» (n° 5-3954)**

*M. Louis Ide (N-VA). – Cela fait un an que la Commission fédérale de planification n'a plus de président.*

*Cette commission joue un rôle important puisqu'il lui revient de déterminer le nombre de prestataires de soins qui est nécessaire et de formuler des avis en vue d'adapter ce nombre. Où en est-on dans la nomination d'un nouveau président ?*

*Pourquoi traîne-t-on si longtemps pour désigner un président ?*

*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 nomination interviendra sous peu.*

*M. Helderweirt, président faisant fonction, a fait du bon travail.*

*M. Louis Ide (N-VA). – Je me réjouis d'apprendre que la nomination interviendra bientôt. Pouvez-vous me dire qui sera désigné ?*

*Mme la présidente. – Tenons-nous en aux faits, monsieur Ide.*

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les frais d'aménagement de confort dans les hôpitaux» (n° 5-3975)**

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les suppléments d'honoraires des services de soins intensifs» (n° 5-4022)**

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

*M. Louis Ide (N-VA). – La ministre a supprimé les*

studie van het Federaal Kenniscentrum, ook al is ze niet volledig. Ik kan me niet van de mening ontdoen dat, bijvoorbeeld, het tekort aan pediaters gedeeltelijk het gevolg is van hun lagere verloning. Ik vind het belangrijk de loonspanning tussen specialisten beter in kaart te brengen, vooral wat de verplichte ziekteverzekering betreft. Er kan immers maar een goed beleid worden gevoerd indien er voldoende cijfermateriaal voorhanden is.

Ik roep de ziekenhuizen dan ook op maximaal mee te werken aan nieuwe studies of verfijningen van de huidige studie. Het gaat uiteindelijk om middelen van de samenleving.

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de voorzitter van de Planningscommissie» (nr. 5-3954)**

*De heer Louis Ide (N-VA). – De Federale Planningscommissie heeft al gedurende een jaar geen voorzitter meer.*

De Planningscommissie is belangrijk want ze moet het aantal vereiste zorgverstrekkers bepalen en adviezen formuleren om dat aantal bij te sturen.

Wat is de stand van zaken in de benoeming van een nieuwe voorzitter?

Waarom sleept het zo lang aan eer er een voorzitter is?

*Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De benoeming zal zeer binnenkort gebeuren.*

De heer Helderweirt, de waarnemend voorzitter, heeft goed werk geleverd.

*De heer Louis Ide (N-VA). – Ik ben blij te horen dat de benoeming voor binnenkort is. Kunt u mij meedelen wie het zal zijn?*

*De voorzitter. – Laten we het bij de feiten houden, mijnheer Ide.*

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de accommodatiekosten in de ziekenhuizen» (nr. 5-3975)**

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ereloonsupplementen op de dienst intensieve zorg» (nr. 5-4022)**

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

*De heer Louis Ide (N-VA). – De minister heeft de*

*suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits. Dorénavant, on ne comptabilise plus de suppléments d'honoraires que pour les hospitalisations de jour en chambre à deux lits. Une interdiction totale aurait été plus claire pour le patient.*

*Un certain nombre d'hôpitaux comptabilisent à présent un nouvel élément, à savoir des frais d'aménagement de confort, comme le frigo ou la télévision, qui viennent s'ajouter à la facture. Un patient qui passe un mois à l'hôpital peut facilement payer 250 euros de plus pour la télévision. Plusieurs patients m'ont interpellé à ce sujet. Je leur ai conseillé d'exiger, au moment de leur admission à l'hôpital, que la télévision soit débranchée. En comptabilisant ces frais supplémentaires, les hôpitaux concernés contournent la législation mise sur pied par la ministre et qui visait à supprimer complètement les suppléments de chambre pour les chambres à plus d'un lit.*

*Cette façon de contourner la loi sera certainement efficace sur le plan juridique. Je voudrais néanmoins savoir si la ministre compte tolérer cette pratique. Le risque est que ces frais d'aménagement de confort ne cessent d'augmenter.*

*La deuxième question concerne l'abus de suppléments d'honoraires et de suppléments de chambre. Ces suppléments ne peuvent plus être comptabilisés pour des chambres individuelles lorsqu'un séjour dans une telle chambre est nécessaire pour des raisons médicales, par exemple, une contamination au SARM.*

*Dans une question antérieure, j'avais attiré l'attention de la ministre sur le fait qu'il était possible que quatre hôpitaux comptabilisent des suppléments aux patients des services de soins intensifs en raison du fait qu'ils se trouvaient dans une chambre individuelle. S'agissant, en l'occurrence, d'une nécessité médicale, aucun supplément ne devrait pouvoir être comptabilisé.*

*La ministre devait faire examiner ce problème par son administration. L'a-t-elle fait ? Dans l'affirmative, quelle suites y ont-elles été données ?*

**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 hôpitaux facturent aux patients le coût des services et fournitures qui ne sont pas couverts par le budget des moyens financiers de l'hôpital. Ce n'est ni nouveau ni interdit.*

*Nous devons plutôt nous demander si le coût est proportionnel à la prestation et si le patient en a été informé au préalable. Depuis 2009, les hôpitaux sont tenus de remettre au patient une liste des frais liés aux services et biens les plus demandés. Je ne dispose pas d'informations sur d'éventuels abus des hôpitaux lors de la facturation de ces services et biens. Je n'ai connaissance que d'une seule plainte ces dernières années.*

*Je resterai attentive au problème à l'avenir. Il serait inacceptable que les principales mesures que nous avons prises ces dernières années pour protéger les patients, en particulier en chambre à deux lits ou plus, soient contournées. Sauvegarder l'accès aux soins hospitaliers reste un défi permanent. Nous en avons tenu compte dans les travaux relatifs à l'évaluation et à la révision des documents*

kamersupplementen en de ereloonsupplementen in tweepersoonskamers afgeschaft. Alleen in de tweepersoonskamers voor dagopnames worden nog ereloonsupplementen aangerekend. Dat is nogal onduidelijk; een volledig verbod zou de patiënt meer duidelijkheid bieden.

Een aantal ziekenhuizen rekent nu iets nieuws aan: accommodatiekosten. Ze rekenen de koelkast en de televisie op de kamer extra aan. Een patiënt die een maand in het ziekenhuis verblijft, betaalt aldus vlug 250 euro extra voor de televisie. Sommige patiënten hebben mij hierover aangesproken. Ik heb hen aangeraden bij hun opname in het ziekenhuis te eisen dat de televisie wordt gedemonteerd.

Door die extra kosten aan te rekenen omzeilen de betrokken ziekenhuizen de wetgeving die de minister heeft tot stand gebracht en die ertoe strekte de kamersupplementen op meerpersoonskamers volledig af te schaffen.

Die vorm van wetsontwijking zal juridisch wel waterdicht zijn. Toch had ik graag van de minister vernomen of ze die praktijk zal gedogen. Het risico bestaat dat die accommodatiekosten steeds verder oplopen.

De tweede vraag gaat over het misbruik van ereloonsupplementen en kamersupplementen. Dergelijke supplementen mogen niet voor eenpersoonskamers worden aangerekend indien het verblijf op die eenpersoonskamer om medische redenen nodig is, zoals bij een MRSA-besmetting.

In een eerdere vraag heb ik de minister erop gewezen dat mogelijk vier ziekenhuizen patiënten op de dienst intensieve zorg supplementen aanrekenen, omdat ze in een eenpersoonskamer liggen. Het gaat hier echter om een medische noodzaak. Er zouden dan ook geen supplementen mogen worden aangerekend.

De minister zou haar administratie dit laten onderzoeken. Werd dit probleem onderzocht? Zo ja, welke gevolgen werden daaraan gegeven?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ziekenhuizen rekenen de patiënten kosten aan voor diensten en leveringen die niet door het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis worden gedekt. Dat is op zich niet nieuw en het is ook niet verboden.*

We moeten veeleer de vraag stellen of de kostprijs in verhouding is met de geleverde prestatie en of de patiënt daarover op voorhand werd geïnformeerd. Wat dat laatste punt betreft, zijn de ziekenhuizen sinds 2009 verplicht om de patiënt een overzichtslijst te bezorgen van de kosten verbonden aan de meest gevraagde diensten en leveringen van goederen. Ik heb geen informatie over eventueel misbruik door ziekenhuizen bij de aanrekening van dergelijke diensten en leveringen. De afgelopen jaren is mij hierover maar één klacht ter ore gekomen.

Ik zal het fenomeen in de toekomst in het oog houden. Het zou onaanvaardbaar zijn dat de belangrijke maatregelen die in de jongste jaren zijn genomen om de patiënten – en in het bijzonder de patiënten in twee- of meerpersoonskamers – te

*d'hospitalisation, en ce compris la liste des services et fournitures de biens.*

*J'ai présenté un plan ambitieux de révision de ces règles et documents après une concertation avec les médecins, patients, hôpitaux et mutualités. Comme je l'ai dit dans ma réponse à la précédente question de M. Ide, ce processus prend du temps. Je dois être en mesure d'instaurer de nouveaux modèles plus clairs, plus lisibles et plus conviviaux par arrêté royal avant la fin de 2013.*

*Nous tenterons également de préciser la législation dans le commentaire joint à la déclaration d'hospitalisation en ce qui concerne l'admission des patients dans une unité de soins intensifs. Les services juridiques de mon administration ont à nouveau entériné cette interprétation. Il sera clairement indiqué qu'aucun supplément ne peut en principe être facturé lors d'un séjour dans une telle unité.*

*Mon administration ne dispose toutefois pas des instruments nécessaires pour contrôler les factures des patients afin de s'assurer que la réglementation en matière de suppléments d'honoraires est correctement appliquée. Elle ne peut pas davantage vérifier si les quatre hôpitaux auxquels M. Ide fait référence ont ou non commis une infraction et dans quelle mesure.*

*Il faut lutter contre ces pratiques sur deux plans. Sur le plan général, il faut clarifier les règles. Nous nous y employons. Sur le plan individuel, le patient qui estime que des suppléments d'honoraires lui ont été facturés à tort, peut contester la facture en justice avec l'aide de sa mutualité.*

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Il s'agit de quatre hôpitaux qui facturent systématiquement des suppléments d'honoraires. Peut-être le service Évaluation et contrôle médicaux peut-il vérifier s'il s'agit bien d'une pratique systématique. Si c'est le cas, cela pose problème.*

*Les frais d'aménagements de confort doivent effectivement être proportionnels aux services et fournitures offerts. Un montant de 5 à 10 euros par jour débouchera peut-être sur un supplément de 300 à 500 euros pour le patient. Les mutualités ont en effet un rôle à jouer à cet égard. En pratique, on constate toutefois que celles-ci préfèrent se mettre à l'abri en qualifiant ces pratiques de légales. Le patient est donc livré à lui-même et il ne saisira pas la justice pour 300 euros.*

*J'adresse une mise en garde à la ministre. On ne peut admettre que, par des voies détournées, des frais soient systématiquement facturés pour des prestations qui font en réalité partie de l'équipement standard d'une chambre. Ainsi, je ne connais pas d'hôpital proposant des chambres sans téléviseurs.*

**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 parle de

beschermen, worden omzeild. De vrijwaring van de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg blijft een constante uitdaging. In het kader van de werkzaamheden met betrekking tot de evaluatie en herziening van de opnamedocumenten, met inbegrip van de overzichtslijst van diensten en leveringen van goederen, wordt hiermee rekening gehouden.

Ik heb een ambitieus plan voorgesteld om die regels en de documenten te herzien. Ik heb hiervoor artsen, patiënten, ziekenhuizen en ziekenfondsen rond de tafel gebracht. Zoals ik in mijn antwoord op de vorige vraag van de heer Ide heb aangegeven, vergt dat proces tijd. Ik moet vóór einde 2013 via een koninklijk besluit nieuwe, duidelijkere, beter leesbare en meer klantvriendelijke modellen kunnen invoeren.

Ook met betrekking tot de opname van patiënten op een eenheid intensieve zorg zal worden gepoogd om de bestaande wetgeving in de toelichting bij de opnameverklaring te verduidelijken. De juridische diensten van mijn administratie hebben die interpretatie opnieuw bevestigd. Er zal precies worden aangegeven dat in principe geen supplementen mogen worden aangerekend tijdens een verblijf op een dergelijke eenheid.

Mijn administratie beschikt echter niet over de nodige instrumenten om op de facturen van patiënten te controleren of de regelgeving inzake de ereloonsupplementen correct werd toegepast. Ze kan dan ook niet nagaan of de vier ziekenhuizen waarnaar de heer Ide verwees, een overtreding hebben begaan en zo ja, in welke mate.

Dergelijke praktijken moeten op twee vlakken worden aangepakt. Op algemeen vlak moeten de regels worden verduidelijkt. Hiervan wordt werk gemaakt. Op individueel vlak kan de patiënt die meent dat hem onterecht ereloonsupplementen werden aangerekend, met steun van zijn ziekenfonds de factuur voor de rechtbank betwisten.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Het gaat om vier ziekenhuizen die systematisch ereloonsupplementen aanrekenen. Misschien kan de dienst Geneeskundige Controle en Evaluatie nagaan of het werkelijk om een systematische praktijk gaat of niet. Mochten systematisch ereloonsupplementen worden aangerekend voor elke patiënt op intensieve zorg, dan is er een probleem.

De accommodatiekosten moeten inderdaad in verhouding staan tot de gepresteerde diensten en leveringen. Een bedrag van 5 of 10 euro per dag betekent dat de patiënt in totaal misschien 300 tot 500 euro extra wordt aangerekend. Er is hier inderdaad een rol weggelegd voor de ziekenfondsen. In de praktijk blijkt echter dat die ziekenfondsen hun paraplu opendrekken en antwoorden dat die praktijken wettelijk in orde zijn. De patiënt is dus op zichzelf aangewezen. Voor 300 euro stapt hij ook niet naar de rechtbank.

Ik waarschuw de minister. Het kan niet dat op slinkse wijze systematisch kosten worden aangerekend voor zaken die eigenlijk tot de standaarduitrusting van een kamer behoren. Mocht een ziekenhuis ook kamers zonder televisie aanbieden, dan zou het inderdaad om een keuze gaan. Ik ken echter geen enkel ziekenhuis met kamers zonder een televisietoestel.

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik spreek uit eigen*

mon expérience personnelle. La plupart du temps, une télévision est installée, mais la mise à disposition d'une télécommande n'est pas gratuite. Si vous ne la demandez pas, on ne facture pas la télévision.

### **Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement de l'Avastin» (n° 5-4028)**

*M. Louis Ide (N-VA).* – *L'Avastin est utilisé pour le traitement des tumeurs cérébrales. En réponse à mes questions antérieures, la ministre a indiqué que l'Agence européenne avait rendu un avis négatif sur le remboursement de ce médicament. En remplacement de celui-ci, l'INAMI a lancé un « Medical Need Program », mais le budget prévu était insuffisant pour pouvoir rembourser tous les patients.*

*La ministre a annoncé que le comité d'accompagnement se réunirait en juin pour examiner la question.*

*Quel a été le résultat de cette réunion ? Le budget du « Medical Need Program » sera-t-il augmenté ou le médicament sera-t-il quand même remboursé ? En d'autres termes, quel est l'état de la 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.* – *Le rapport rédigé dans le cadre du Medical Need Program au nom du Steering Committee et du comité d'accompagnement, n'a été transmis à tous les membres qu'après la réunion de juin.*

*Au cours de la dernière réunion du 19 septembre, il a été décidé de remanier ce rapport, de le ratifier et de le transmettre à la Commission des médicaments de l'AFMPS de manière à ce qu'un avis puisse être rédigé dans le domaine de la santé publique. Ce rapport sera transmis au Comité de l'assurance de l'INAMI avec l'avis de la commission précitée et l'aperçu budgétaire. Les dates des réunions de la fin de l'année de la Commission des médicaments ont été communiquées lors de la réunion du 19 septembre.*

*Je me baserai sur ces rapports et avis des autorités compétentes en matière de santé publique et d'affaires sociales pour prendre une décision en tenant compte des aspects médicaux, sociaux, budgétaires et légaux.*

*Ma décision tombera vers la fin du premier trimestre de 2014.*

*M. Louis Ide (N-VA).* – *Si je comprends bien, la décision porte sur le remboursement par l'INAMI puisque le Comité de l'assurance, l'AFMPS et la Commission de remboursement des médicaments sont associés aux travaux.*

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

*ervaring. In de meeste gevallen is er een televisie, maar de afstandsbediening wordt niet gratis ter beschikking gesteld. Als men geen afstandsbediening vraagt, wordt de televisie niet gefactureerd.*

### **Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van Avastin» (nr. 5-4028)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Avastin wordt gebruikt voor de behandeling van hersentumoren. In antwoord op mijn vragen antwoordde de minister dat het Europees Agentschap een negatief advies gaf voor de terugbetaling van dat geneesmiddel. Ter vervanging startte het RIZIV een "Medical Need Program". Het budget voor dat programma was echter ontoereikend om voor alle patiënten te voorzien in terugbetaling.

De minister vermeldde dat in juni het begeleidingscomité daarover zou vergaderen.

Wat was het resultaat van de begeleidingscommissie? Zal het budget van het "Medical Need Program" worden uitgebreid of zal het geneesmiddel toch worden terugbetaald? Met andere woorden, wat is de stand van zaken?

**Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.** – Het rapport dat in het kader van het "Medical Need Program" opgesteld werd in naam van het *steering committee* en van het begeleidingscomité, werd pas na de vergadering van juni naar alle leden verstuurd.

Tijdens de laatste vergadering van 19 september werd beslist dat rapport bij te werken, het te bekrachtigen en het naar de Geneesmiddelencommissie van het FAGG op te sturen opdat een advies op het vlak van volksgezondheid opgesteld zou worden. Dat rapport zal samen met het advies van voornoemde commissie en met het budgettaire overzicht, voor advies worden overgemaakt aan het Verzekeringscomité van het RIZIV. De data van de vergaderingen van de Geneesmiddelencommissie van eind 2013 werden tijdens de vergadering van 19 september meegedeeld.

Op basis van al die rapporten en adviezen van de overheden bevoegd voor gezondheid en sociale zaken, zal ik een beslissing kunnen nemen, rekening houdend met de medische, sociale, budgettaire en wettelijke aspecten.

Die beslissing zal vallen tegen het einde van het eerste trimester van 2014.

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Als ik het goed begrijp, betreft de beslissing de terugbetaling door het RIZIV, aangezien het Verzekeringscomité, het FAGG en de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen erbij betrokken worden.

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

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le prolongement automatique du dossier médical global dans les maisons médicales» (n° 5-4036)**

*M. Louis Ide (N-VA). – Dans une précédente question, je signalais déjà que les maisons médicales prolongeaient automatiquement le 1<sup>er</sup> 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. Cela peut se faire au détriment du médecin généraliste habituel. Je donnais l'exemple d'un étudiant se rendant une fois pour une consultation dans une maison médicale : il y est inscrit alors qu'il est toujours suivi par son généraliste habituel, là où il est domicilié. Ce dernier n'a plus accès au DMG alors que c'est normalement lui qui le gère.*

*La ministre avait répondu qu'elle demanderait à l'INAMI d'analyser la situation et d'étudier les solutions possibles. Quel a été l'avis de l'INAMI et que peut faire la ministre pour régulariser la 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. – Effectivement, j'ai soumis le problème à l'INAMI dont les conclusions sont les suivantes.*

*Depuis l'entrée en vigueur, ce 1<sup>er</sup> mai, de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, §1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les prestations des généralistes pour la gestion du dossier médical global (DMG) sont comprises dans le forfait mensuel alloué aux maisons médicales. On déroge ainsi à la règle selon laquelle, pour une même année civile, des honoraires pour la tenue du DMG ne peuvent être payés à la fois à une maison médicale et à un généraliste rétribué à l'acte. Lors de la concertation entre organismes assureurs, il a été convenu que, dans ce cas, le paiement d'un ou de plusieurs forfaits mensuels pour un bénéficiaire, incluant donc l'honoraire dû pour le DMG, n'empêche pas que, durant la même année, un honoraire soit versé au généraliste, payé à la prestation, qui répond aux critères. De même, le paiement, au cours d'une année civile, d'un honoraire à un généraliste pour la gestion du DMG d'un bénéficiaire qui s'affilie ensuite à une maison médicale, ne fait pas obstacle au versement à une maison médicale des forfaits mensuels qui incluent donc l'honoraire dû pour le DMG. Par conséquent, le système est tout à fait conforme au système d'inscription et de désinscription qui garantit le libre choix du prestataire de soins, et signifie que les généralistes ne sont nullement lésés.*

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de automatische verlenging van het globaal medisch dossier bij wijkgezondheidscentra» (nr. 5-4036)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – In een eerdere vraag kaartte ik al het probleem aan dat wijkgezondheidscentra op 1 januari het globaal medisch dossier van alle ingeschreven patiënten automatisch verlengen, zonder hun aanwezigheid of toestemming, zelfs wanneer ze er niet gedomicilieerd zijn. Dat kan in het nadeel zijn van de vaste huisarts. Ik gaf toen het voorbeeld van een student die tijdens een examenperiode eenmalig op consultatie gaat in een wijkgezondheidscentrum en er wordt ingeschreven, terwijl hij in zijn “thuisbasis” nog een vaste huisarts heeft. Die kan geen aanspraak meer maken op het GMD, terwijl hij het eigenlijk wel beheert.

De minister antwoordde toen dat ze het RIZIV zou vragen de problematiek in kaart te brengen en te kijken wat eraan kon worden gedaan. Hoe oordeelde het RIZIV en wat kan de minister doen om de situatie recht te trekken?

**Mevrouw Laurette Onkelinx,** vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik heb de situatie inderdaad aan het RIZIV voorgelegd en dat leverde het volgende op.

Sinds de inwerkingtreding op 1 mei 2013 van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52 paragraaf 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering gecoördineerd op 14 juli 1994 zijn de prestaties van de huisartsen voor het beheer van het globaal medisch dossier in de berekening van het maandelijks forfait voor de wijkgezondheidscentra opgenomen. Daardoor wordt afgestapt van de regel dat voor eenzelfde kalenderjaar geen honoraria voor het GMD-beheer zowel aan een wijkgezondheidscentrum als aan een huisarts die per prestatie werkt kunnen worden betaald. Tijdens het overleg tussen de verzekeringsinstellingen werd overeengekomen dat in deze nieuwe situatie de uitbetaling van één of meerdere maandelijks forfaits voor een rechthebbende, waarin dus het GMD-honorarium verrekend is, niet belet dat in hetzelfde kalenderjaar voor dezelfde rechthebbende ook het GMD-honorarium kan worden betaald aan een huisarts die per prestatie werkt en die voor het overige aan de geldende voorwaarden voldoet. Wanneer in de loop van het kalenderjaar aan een huisarts die per prestatie werkt, het honorarium voor het beheer van het GMD werd betaald voor een rechthebbende die zich achteraf in een wijkgezondheidscentrum inschrijft, dan belet dat niet dat aan dat wijkgezondheidscentrum de maandelijks forfaits voor huisartsenprestaties worden betaald waarin dus het GMD-honorarium verrekend is. Deze regeling voor de honoraria spoort dus volledig met het systeem van inschrijving en uitschrijving dat het recht op vrije keuze van de gezondheidszorgbeoefenaar garandeert. De regeling betekent ook dat de huisarts op geen enkele manier wordt benadeeld.

**M. Louis Ide (N-VA).** – *Je vais relire le document à tête reposée mais si je comprends bien, il existe bien une solution pour le cas où un patient se rend dans une maison médicale alors qu'il consulte habituellement un généraliste là où il est domicilié. Dorénavant, celui-ci percevra également les honoraires pour la gestion du DMG.*

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la construction d'un centre d'hadronthérapie en Belgique» (n° 5-4037)**

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'établissement d'un centre d'hadronthérapie en Belgique» (n° 5-4064)**

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

**M. Louis Ide (N-VA).** – *J'ai déjà souvent interrogé la ministre sur la construction d'un centre d'hadronthérapie en Belgique. Après la publication d'un rapport négatif du KCE, la ministre a annoncé une nouvelle étude.*

*Celle-ci est-elle déjà achevée ? Dans la négative, où en est-elle ? Dans l'affirmative, quelles en sont les conclusions ? A-t-elle conduit à une décision politique ?*

**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 effet, le rapport final du BHTC et les recommandations des chercheurs m'ont été présentés fin juillet 2013.*

*La version finale du rapport, revu à la suite des remarques du comité d'accompagnement de l'étude, a été révisée par les membres du BHTC et les chefs des services universitaires belges de radiothérapie, et par des experts internationaux.*

*Les résultats de l'étude amènent les auteurs à recommander l'établissement en Belgique, sur le site d'un hôpital universitaire, d'un centre d'hadronthérapie qui combinerait protonthérapie et ionthérapie, avec deux chambres de traitement. En Belgique, 257 patients pourraient chaque année être soignés par hadronthérapie, avec des indications généralement admises par la science. Si l'on tient compte des indications issues de l'étude, le nombre annuel de patients qui pourraient bénéficier d'une hadronthérapie pourrait s'élever à 1820.*

*L'équipe de recherche signale au demeurant les limites de l'étude ; l'évolution rapide de l'oncologie et de la recherche médicale auront une incidence sur le nombre potentiel de patients et sur l'estimation des coûts.*

*Les chercheurs recommandent de doter le centre d'une structure et d'une gestion indépendantes, assorties toutefois d'accords de coopération avec d'autres hôpitaux.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik zal het allemaal nog eens rustig nalezen, maar als ik het goed begrijp, is er inderdaad een oplossing voor de situatie waarin iemand naar een wijkgezondheidscentrum gaat terwijl hij in zijn thuisbasis een vaste huisarts heeft. Ook die ontvangt voortaan dus het honorarium voor het beheer van het GMD.

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de bouw van een hadroncentrum in België» (nr. 5-4037)**

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de oprichting van een centrum voor hadrontherapie in België» (nr. 5-4064)**

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

**De heer Louis Ide (N-VA).** – Ik heb de minister al geregeld vragen gesteld over de bouw van een hadroncentrum in België. Nadat het KCE al een studie gepubliceerd had die negatief was, heeft de minister een nieuwe studie aangekondigd.

Is deze studie reeds gefinaliseerd? Zo neen, in welk stadium bevindt ze zich? Zo ja, wat zijn de conclusies ervan? Heeft ze aanleiding gegeven tot een politieke besluitvorming?

**Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.** – Men heeft mij eind juli 2013 inderdaad het eindverslag van het BHTC en de aanbevelingen van de onderzoekers met betrekking tot de resultaten van de studie voorgesteld.

De eindversie van het studierapport, dat werd herwerkt na de opmerkingen van het begeleidingscomité van de studie, werd nagezien door de leden van het BHTC en de universitaire diensthooftden radiotherapie van België, en ook door internationale deskundigen.

Als gevolg van de resultaten van de studie bevelen de onderzoekers aan om in België één hadrontherapiecentrum op te richten dat de proton- en iontherapie zou combineren, met twee behandelingskamers, op de site van een academisch ziekenhuis. Momenteel komen in België jaarlijks 257 patiënten in aanmerking voor hadrontherapie voor de indicaties die door de wetenschap over het algemeen worden aanvaard. Indien rekening wordt gehouden met de indicaties uit de studie, zou het jaarlijks aantal patiënten dat hadrontherapie zou kunnen krijgen oplopen tot 1820 patiënten.

Het onderzoeksteam wijst overigens op de beperkingen van de studie door de snelle evolutie van de oncologie en van het wetenschappelijk onderzoek, die een impact zullen hebben op het aantal patiënten dat in aanmerking komt en op de kostenraming.

*Les autres questions relatives à l'installation en Belgique d'un centre d'hadronthérapie portent sur le site, les structures organisationnelle et financière, le renvoi des patients, le remboursement, les partenaires potentiels, la recherche, la formation du personnel et la coopération aux échelons local, national et international, éventuellement liée à d'autres initiatives dans ce domaine.*

Le Centre du cancer et la Fondation Roi Baudouin se sont tous deux proposé de répondre à ces questions.

En ce qui concerne l'hadronthérapie, les choses sont claires, mais le rapport des experts pose toute une série de questions. Je vais demander prochainement à l'un des deux centres de m'adresser une proposition de réponse à ces demandes d'experts.

Je suis d'accord en ce qui concerne la publicité des rapports BHTC, mais je me demande si nous ne devons pas attendre des résultats des études complémentaires effectuées par le Centre du cancer et la Fondation Roi Baudouin.

L'étude est certes très intéressante mais elle pose énormément de questions auxquelles il convient d'apporter des réponses. J'ai déjà rencontré toute une série de personnes à cette fin.

*M. Louis Ide (N-VA). – Nous attendons donc que le Centre du cancer ou la Fondation roi Baudouin réponde aux questions. Sceptique à l'égard d'un centre d'hadronthérapie, je plaide plutôt pour une coopération transfrontalière. De tels centres existent dans des pays voisins. Vu le nombre réduit de patients, il vaudrait mieux conclure des accords de collaboration internationale. L'étude que la ministre a résumée contraste quelque peu avec celle, aux conclusions négatives, du KCE. Je pense par conséquent qu'il faudrait associer le KCE à la discussion du rapport du BHTC. Je comprends qu'un scientifique de haut vol souhaite disposer de toutes les technologies, mais le Centre d'expertise défend un intérêt général qui dépasse ce domaine. J'attends de savoir quelle sera la décision et qui sera encore consulté.*

**Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la recommandation du Comité d'évaluation des risques en pharmacovigilance à propos de la dompéridone» (n° 5-4103)**

*M. Louis Ide (N-VA). – Dans ma demande d'explication 5-3694, je m'interrogeais sur l'efficacité de la dompéridone. La ministre m'avait alors répondu que l'AFMPS recommandait de la soumettre à prescription ; l'avis du PRAC, le Comité pour l'évaluation des risques en matière de*

De onderzoekers bevelen ook aan om voor het centrum in een onafhankelijke organisatiestructuur en een onafhankelijk beheer te voorzien, maar met samenwerkingsakkoorden met andere ziekenhuizen.

De overblijvende vragen met betrekking tot het oprichten van een hadrontherapiecentrum in België betreffen de vestigingsplaats, de organisatorische structuur, de doorverwijzing van de patiënten, de financiële structuur en de terugbetaling, de potentiële partners, het betrokken onderzoek, de opleiding van het personeel en de samenwerking op lokaal, nationaal en internationaal vlak en met andere eventuele initiatieven rond hadrontherapie in België.

*Het Kankercentrum en de Koning Boudewijnstichting zijn bereid deze vragen te beantwoorden.*

*Wat de hadrontherapie betreft, is het duidelijk, maar in de rapporten van de experts staan er nog een hele reeks vragen. Ik vraag binnenkort aan één van de twee centra een voorstel van antwoord op de vragen van de experts.*

*Ik ben het eens wat de openbaarheid van de BHTC-rapporten betreft, maar vraag me af of we niet moeten wachten op de resultaten van de bijkomende studies van het Kankercentrum en de Koning Boudewijnstichting.*

*De studie is uiteraard zeer interessant, maar nog heel veel vragen blijven onbeantwoord. Ik heb daartoe al heel wat mensen ontmoet.*

**De heer Louis Ide (N-VA).** – We wachten dus af tot het Kankercentrum of de Koning Boudewijnstichting de vragen beantwoordt. Ik sta sceptisch tegenover een centrum voor hadrontherapie, ik pleit eerder voor internationale samenwerking. In het nabije buitenland bestaan dergelijke centra. Voor het kleine aantal patiënten kan men beter internationale samenwerkingsakkoorden sluiten. De studie die de minister kort vermeldt, staat enigszins in contrast met die van het KCE, dat negatief stond tegenover de bouw. Daarom vind ik dat het KCE ook betrokken moet worden bij het bestuderen van het rapport van het BHTC. Ik begrijp dat een specialist-wetenschapper alle technologie wenst die ter beschikking is, maar het Kenniscentrum verdedigt een algemeen belang, dat ruimer is dan het eigen domein. Ik wacht af wat de beslissing zal zijn en wie nog zal worden geraadpleegd.

**Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbeveling van het Risicobeoordelingscomité voor geneesmiddelenbewaking over domperidone» (nr. 5-4103)**

**De heer Louis Ide (N-VA).** – In vraag om uitleg 5-3694 peilde ik naar de werkzaamheid van domperidone. De minister antwoordde mij toen dat het FAGG adviseerde om dit middel voorschrijftplichtig te maken. Daarenboven wachtte ze het advies af van het PRAC, het risicobeoordelingscomité voor geneesmiddelenbewaking, dat in september zou worden



*pharmacovigilance, était attendu pour la fin septembre.*

*Je souhaiterais savoir si ces recommandations sont à présent disponibles, et quelle en est la teneur.*

**Mme Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – À l’initiative de l’Agence belge des médicaments et des produits de santé (AFMPS), l’Agence européenne des médicaments (EMA) a commencé, en mars 2013, la réévaluation de la balance bénéfique/risque des médicaments contenant de la dompéridone. La procédure est toujours en cours. La prochaine discussion au sein du PRAC, le Comité pour l’évaluation des risques en matière de pharmacovigilance, aura lieu en décembre 2013.

*Étant donné que les médicaments contenant de la dompéridone sont tous autorisés via des procédures nationales, la recommandation du PRAC sera transmise au CMDh, le Groupe de coordination pour les procédures de reconnaissance mutuelle et décentralisée des médicaments à usage humain, qui adoptera une position définitive.*

*(La séance est levée à 16 h 50.)*

### Requalification en question écrite avec remise de la réponse

- Demande d’explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la situation déplorable des services d’ambulances » (n° 5-3677)
- Demande d’explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’évolution du métier de dentiste vers un métier en pénurie » (n° 5-3678)
- Demande d’explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le contrôle de qualité du sperme en provenance des banques de sperme » (n° 5-3806)
- Demande d’explications de M. Bert Anciaux à la secrétaire d’État à l’Asile et la Migration, à l’Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté et à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’accès limité aux soins des personnes vulnérables » (n° 5-3871)
- Demande d’explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’agrément en orthodontie » (n° 5-3951)
- 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 concernant la dompéridone » (n° 5-4023)
- Demande d’explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le contingentement-lissage des médecins et des dentistes » (n° 5-4024)

uitgebracht.

Ik had graag vernomen of deze aanbevelingen intussen beschikbaar zijn. Wat is de inhoud ervan?

**Mevrouw Laurette Onkelinx**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Op initiatief van het Belgisch Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten FAGG is het Europees Geneesmiddelenbureau EMA in maart 2013 gestart met een herziening van de baten-risicoverhouding van domperidone bevattende geneesmiddelen. De procedure is nog steeds lopende. De volgende discussie op het PRAC zal plaatsvinden in december 2013.

Aangezien de domperidone bevattende geneesmiddelen allemaal vergund zijn via de nationale procedure, zal de aanbeveling van het PRAC nadien worden overgemaakt aan de Coördinatiegroep voor wederzijdse erkenning en gedecentraliseerde procedures voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik CMDh, dat een finaal standpunt zal innemen.

*(De vergadering wordt gesloten om 16.50 uur.)*

### Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord

- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de schrijnende toestanden bij de ambulancediensten” (nr. 5-3677)
- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de evolutie van het beroep van tandarts tot een knelpuntberoep” (nr. 5-3678)
- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de kwaliteitstoets van sperma afkomstig van spermabanken” (nr. 5-3806)
- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding en aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de beperkte toegang tot zorg van kwetsbare mensen” (nr. 5-3871)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de erkenning van de orthodontie” (nr. 5-3951)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de klachten over dompéridone” (nr. 5-4023)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de contingentering-lissage van artsen en tandartsen” (nr. 5-4024)

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les systèmes de codification » (n° 5-4025)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les normes de reconnaissance des cliniques du sein » (n° 5-4026)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'approvisionnement en médicaments essentiels » (n° 5-4029)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la demande électronique d'accréditation des médecins » (n° 5-4030)</li> <li>– 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 humain » (n° 5-4035)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'assistant en soins buccaux » (n° 5-4038)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « certains dossiers relatifs à la publicité pour la chirurgie plastique » (n° 5-4040)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'agrément en orthodontie » (n° 5-4043)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le remboursement des réhospitalisations » (n° 5-4068)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le plan de gardes médicales » (n° 5-4099)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la résonance magnétique nucléaire et les CT-scans » (n° 5-4100)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la distribution de médicaments par un robot » (n° 5-4101)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'imagerie médicale » (n° 5-4102)</li> <li>– Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la transposition de la directive européenne 2012/39 sur les examens sérologiques » (n° 5-4108)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de coderingssystemen” (nr. 5-4025)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de erkenningsnormen voor borstklinieken” (nr. 5-4026)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de bevoorrading van essentiële geneesmiddelen” (nr. 5-4029)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de elektronische accrediteringsaanvraag van artsen” (nr. 5-4030)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de fractionering van menselijk bloedplasma” (nr. 5-4035)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de mondzorgassistent” (nr. 5-4038)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “een aantal dossiers inzake reclame voor plastische chirurgie” (nr. 5-4040)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de erkenning van de orthodontie” (nr. 5-4043)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de vergoeding van heropnames” (nr. 5-4068)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het wachtdienstenplan” (nr. 5-4099)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de nuclear magnetic resonance en de CT-scans” (nr. 5-4100)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de aflevering van medicatie door een robot” (nr. 5-4101)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de medische beeldvorming” (nr. 5-4102)</li> <li>– Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de omzetting van de Europese richtlijn 2012/39 betreffende de serologische screening” (nr. 5-4108)</li> </ul> |
|--|--|