

Sénat de Belgique

Session ordinaire 2013-2014



5-297COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 1^{er} avril 2014

Séance de l'après-midi

Annales

Belgische Senaat

Gewone Zitting 2013-2014

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 1 april 2014

Namiddagvergadering

5-297COM

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

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

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

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

Abréviations – Afkortingen

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

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

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

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

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

Sommaire**Inhoudsopgave**

Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le taux de sel et la réduction du sel dans les aliments» (n° 5-4715).....5	Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het zoutgehalte en de zoutreductie in levensmiddelen» (nr. 5-4715)..... 5
Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les faux médecins» (n° 5-4720)7	Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de nepartsen» (nr. 5-4720) 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 «l'agrément des technologues en imagerie médicale» (n° 5-4727)9	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de erkenning van de technologen in de medische beeldvorming» (nr. 5-4727)9
Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les entretiens de diagnostic de cancer et l'élaboration d'un protocole d'annonce» (n° 5-4728)12	Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de slechtnieuwsgesprekken bij kanker en de uitwerking van een mededelingsprotocol» (nr. 5-4728)..... 12
Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les soins cardiovasculaires» (n° 5-4743)14	Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de cardiovasculaire zorg» (nr. 5-4743) 14
Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la maladie de Lyme» (n° 5-4781)15	Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ziekte van Lyme» (nr. 5-4781) 15
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 respect des législations relatives à l'interdiction de fumer dans l'horeca et à la vente d'alcool à des jeunes» (n° 5-4783)18	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de naleving van de wetgeving inzake het rookverbod in de horeca en het verbod om alcohol te verkopen aan jongeren» (nr. 5-4783) 18
Demande d'explications de Mme Lies Jans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la nouvelle directive de l'INAMI relative au traitement de la neuropathie PIDC» (n° 5-4785)19	Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de nieuwe RIZIV-richtlijn rond de behandeling van de zenuwziekte CIDP» (nr. 5-4785) 19
Demande d'explications de Mme Lies Jans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la cigarette électronique» (n° 5-4838)21	Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de elektronische sigaret» (nr. 5-4838) 21
Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les centres spécialisés dans le traitement de la maladie de Lyme» (n° 5-4841)22	Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de gespecialiseerde centra voor de behandeling van de ziekte van Lyme» (nr. 5-4841) 22
Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les tests de détection rapide de la bactérie provoquant la maladie de Lyme» (n° 5-4842)24	Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de sneltesten voor de opsporing van de bacterie die de ziekte van Lyme veroorzaakt» (nr. 5-4842) 24

<p>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'agrément des kinésithérapeutes» (n° 5-4875)25</p> <p>Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de listes noires dans les centres psychiatriques» (n° 5-4853).....27</p> <p>Demande d'explications de Mme Fauzaya Talhaoui à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de numéros de téléphone payants pour les appels vers les services de garde de soins du premier échelon» (n° 5-4974)29</p> <p>Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la maladie de Lyme et le don de sang» (n° 5-4889).....31</p> <p>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'enquête sur l'alimentation des enfants» (n° 5-4892)33</p> <p>Requalification en question écrite avec remise de la réponse34</p>	<p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de erkenning van de kinesitherapeuten» (nr. 5-4875) 25</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van zwarte lijsten in de psychiatrische centra» (nr. 5-4853)27</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Fauzaya Talhaoui aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van betalende telefoonnummers voor oproepen naar de wachtdiensten van eerstelijnszorgverstrekkers» (nr. 5-4974)29</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ziekte van Lyme en de bloeddonatie» (nr. 5-4889)..... 31</p> <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het voedingsonderzoek bij kinderen» (nr. 5-4892) 33</p> <p>Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord..... 34</p>
--	---

Présidence de Mme Elke Sleurs*(La séance est ouverte à 15 h 10.)***Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le taux de sel et la réduction du sel dans les aliments» (n° 5-4715)**

Mme Cindy Franssen (CD&V). – Une récente étude de Test-Achats sur le taux de sel dans les aliments a révélé que ceux-ci en contiennent encore souvent trop. Dans certains secteurs et pour certains types de produits, les résultats se sont détériorés par rapport aux enquêtes antérieures de l'organisation de consommateurs. Par ailleurs, le quart des aliments préemballés ne mentionne pas la teneur en sel. Lorsque c'est le cas, Test-Achats constate dans un produit sur quatre un taux supérieur ou inférieur à celui annoncé.

Le Conseil supérieur de la santé et le comité scientifique de l'AFSCA avaient déjà émis un avis conjoint sur la reformulation des denrées alimentaires en vue d'en réduire la teneur en sel. L'avis part du constat qu'en Belgique, l'adulte moyen ingère quelque 10,5 grammes de sel par jour, issus principalement des denrées préparées hors du domicile et des plats « prêts à l'emploi ».

Le Conseil supérieur de la santé recommande de ramener la consommation quotidienne de sel sous les 5 grammes. Eu égard à la dose excessive de sel dans beaucoup d'aliments et à la forte variabilité de cette teneur au sein d'une même catégorie de produits, un simple abaissement progressif de la teneur en sel semble naturel dans une première phase.

Selon l'avis, cette réduction ne peut être accompagnée d'une augmentation de la teneur en sucre ou en graisse des denrées alimentaires, qui serait contreproductive dans la recherche d'une alimentation saine.

Dans le cadre du Plan national nutrition santé, la ministre s'est entendue avec l'industrie alimentaire pour faire baisser la teneur en sel dans nos aliments. Ce sont surtout la viande, le pain et les plats préparés qui contiennent moins de sel à la suite de ces accords. Au total, la consommation de sel aurait diminué de 20%.

En contraste avec ces accords, Test-Achats observe que la salure de certains produits, par exemple certains fromages et les chips, a augmenté. La ministre n'estime-t-elle pas qu'au lieu de ces accords non contraignants avec l'industrie alimentaire, mieux vaudrait fixer un plafond légal de sel à toutes les denrées alimentaires ?

Prend-on des initiatives à l'échelon européen pour fixer une limite au taux de sel des aliments ?

Est-il exact que l'Union européenne imposera dès décembre 2016 de mentionner la teneur en sel sur les emballages des denrées alimentaires ?

Comment se fait-il que la ministre, dans son Plan national nutrition santé, évoque pour un adulte une ingestion de 6 grammes de sel par jour alors que le Conseil supérieur de la

Voorzitster: mevrouw Elke Sleurs*(De vergadering wordt geopend om 15.10 uur.)***Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het zoutgehalte en de zoutreductie in levensmiddelen» (nr. 5-4715)**

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Een recent onderzoek van Test-Aankoop over het zoutgehalte in voedingsmiddelen bracht aan het licht dat heel wat voedingsmiddelen nog altijd te veel zout bevatten. In bepaalde sectoren en productcategorieën zijn de resultaten slechter dan bij eerdere onderzoeken van de consumentenorganisatie. Ook wordt op 25% van de voorverpakte voedingswaren het zoutgehalte niet vermeld. Wanneer dat wel het geval is, stelt Test-Aankoop bij een op vier producten een hoger of lager zoutgehalte vast dan vermeld.

Eerder brachten de Hoge Gezondheidsraad en het wetenschappelijk comité van het FAVV een gezamenlijk advies uit over de herformulering van levensmiddelen teneinde het zoutgehalte ervan te verminderen. Het advies vertrekt vanuit de vaststelling dat de gemiddelde zoutinname van volwassenen in België ongeveer 10,5 gram per dag bedraagt. Buitenshuis bereide voedingsmiddelen en kant-en-klare gerechten leveren de grootste bijdrage aan de zoutinname.

De Hoge Gezondheidsraad beveelt aan om de zoutconsumptie terug te brengen tot minder dan 5 gram per dag. Gelet op de te grote dosis zout in veel voedingsproducten en de grote variabiliteit van het zoutgehalte binnen eenzelfde categorie van voedingsproducten, lijkt in een eerste fase een eenvoudige, stapsgewijze verlaging van het zoutgehalte het meest voor de hand te liggen.

In het voornoemd advies wordt wel ervoor gewaarschuwd dat een dergelijke zoutreductie niet gepaard mag gaan met een verhoging van het vet- of suikergehalte van voedingsmiddelen, want dat zou contraproductief zijn in het streven naar een gezonde voeding.

Naar aanleiding van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan heeft minister Onkelinx met de voedingsindustrie afspraken gemaakt om het zoutgehalte in onze voeding te laten dalen. Het resultaat van die afspraken is dat vooral in vlees, brood en bereide maaltijden een pak minder zout zit. In totaal zou het gemiddelde dagelijks zoutverbruik met 20% zijn gedaald.

In weerwil van de resultaten van die afspraken met de voedingsindustrie stelt Test-Aankoop vast dat het zoutgehalte in bepaalde voedingsmiddelen, bijvoorbeeld in bepaalde kazen en chips, is verhoogd. Acht de minister het dan ook niet beter om in plaats van vrijwillige afspraken met de industrie een wettelijke limiet voor de zoutconcentratie op te leggen, zodat alle voedingsmiddelen onder de regeling vallen?

Worden op Europees niveau initiatieven genomen zodat in de toekomst een Europese zoutlimiet voor levensmiddelen wordt

santé recommande d'en consommer moins de 5 ? Comment cela s'intègre-t-il dans la pyramide alimentaire ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *L'industrie alimentaire et la grande distribution ont réalisé des progrès en termes de réduction de la quantité de sel. Sans que la situation idéale soit idéale, nous pouvons dire que depuis 2009, les teneurs ont sel ont diminué dans les produits alimentaires fabriqués en Belgique.*

Bien sûr, les efforts doivent être poursuivis. Cette année, nous réitérons l'étude permettant de déterminer la quantité de sel consommée par la population pour voir si elle a diminué par rapport à 2009. Nous attendons une baisse d'au moins 10 pour cent de la consommation qui était en moyenne de 10,45 g par jour en 2009. Cette baisse sera le résultat conjugué de la reformulation des denrées alimentaires consommées et des changements dans les habitudes alimentaires grâce notamment à la campagne fédérale « Stop le sel ».

Si nous devons instaurer des limites de sel dans les produits, je pense qu'il faut l'envisager au niveau européen car beaucoup de produits que nous consommons sont fabriqués hors de nos frontières. Cependant nous pouvons tout à fait envisager de déterminer des valeurs en sel recommandées par catégorie de produit. Cela aiderait les industriels dans leur démarche de reformulation.

Pour le moment, au niveau européen, la direction générale de la Santé et des Consommateurs recommande de collaborer avec les industriels et de les encourager à reformuler leurs produits. Aucune limite n'a dès lors été fixée jusqu'à présent.

Le règlement européen 1169/2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires impose l'étiquetage nutritionnel et fait obligation aux fabricants de la chaîne alimentaire de fournir des informations sur la valeur énergétique de leurs produits et sur la présence de six nutriments en particulier : les lipides, les acides gras saturés, les glucides, les sucres, les protéines et le sel. Les fabricants doivent exprimer ces valeurs pour 100 grammes ou 100 millilitres de produit.

L'étiquette de tous les produits alimentaires préemballés vendus dans l'Union européenne doit comporter les informations nutritionnelles conformément aux nouvelles dispositions du règlement européen dans les trois ans de leur adoption formelle, là où ces informations étaient déjà présentes, à savoir avant décembre 2014. Toutefois, si aucune information nutritionnelle n'était fournie avant l'adoption formelle des obligations légales, cette mention ne deviendra obligatoire qu'après une période de cinq ans, à savoir à partir de décembre 2016. La quantité de sel est donc déjà indiquée sur les étiquettes de plusieurs produits mais pas encore tous.

ingevoerd?

Is het correct dat de Europese Unie vanaf december 2016 de vermelding van het zoutgehalte op de verpakking van levensmiddelen zal verplichten?

Hoe komt het dat de minister een zoutinname van 6 gram per dag voor volwassenen hanteert in haar Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan, terwijl de Hoge Gezondheidsraad aanbeveelt minder dan 5 gram zout per dag te consumeren? Hoe verhoudt zich dat tot de gezondheidsdriehoek?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De voedingsindustrie en de grootdistributie hebben vooruitgang geboekt op het vlak van zoutreductie. De situatie is nog niet ideaal, maar toch is het zoutgehalte in voedingswaren die in België zijn vervaardigd, sinds 2009 gedaald.

Uiteraard moeten de inspanningen worden voortgezet. Dit jaar herhalen we de studie aan de hand waarvan we kunnen bepalen hoeveel zout de bevolking consumeert. Zo kunnen we nagaan of de zoutinname in vergelijking met 2009 is gedaald. We verwachten dat het zoutverbruik, dat in 2009 gemiddeld 10,45 gram per dag bedroeg, minstens 10% is gedaald. Die daling zal dan het gezamenlijke resultaat zijn van de herformulering van de geconsumeerde levensmiddelen en van de veranderingen in de voedingsgewoontes, onder meer dankzij onze federale campagne "stop het zout".

Een invoering van grenswaarden voor zout moet desgevallend op Europees niveau gebeuren. Tal van producten die wij in België consumeren, worden immers buiten onze landsgrenzen vervaardigd. Wel kunnen we overwegen om aanbevolen zoutwaarden per productcategorie te bepalen. Dat kan de industrie helpen bij de herformulering van de producten.

Op Europees niveau raadt het directoraat-generaal Gezondheid en Consumentenzaken momenteel aan om op basis van samenwerking de industrie ertoe aan te sporen de producten te herformuleren. Tot op heden werden nog geen limieten vastgelegd.

De Europese verordening 1169/2011 betreffende de verstrekking van voedselinformatie aan consumenten maakt voedsel etikettering verplicht. Ook verplicht ze de fabrikanten van de voedselketen om informatie te verstrekken over de energetische waarde van hun producten en in het bijzonder over de aanwezigheid van de volgende zes nutriënten: vetten, verzadigde vetzuren, koolhydraten, suikers, proteïne en zout. De fabrikanten moeten het gehalte aan die producten uitdrukken per 100 gram of 100 milliliter.

Alle voorverpakte levensmiddelen die in de Europese Unie worden verkocht, moeten conform de nieuwe bepalingen van de Europese verordening de voedingsinformatie verstrekken vóór december 2014, dus ten laatste drie jaar nadat ze formeel werden goedgekeurd, indien die informatie reeds aanwezig is. Wanneer echter geen voedingsinformatie werd verstrekt vóór de formele goedkeuring van de wettelijke verplichtingen, wordt die vermelding pas verplicht na een periode van vijf jaar, dus vanaf december 2016. Het zoutgehalte wordt dus al op het etiket van een aantal producten vermeld, maar nog niet op alle.

De maximale zoutinname die door de

La teneur maximale en sel recommandée par l'Organisation mondiale de la santé et reprise par le Conseil supérieur de la santé est de 5 grammes par jour. Nous avons choisi de fixer la valeur maximale à 6 grammes par jour car cette valeur est plus réaliste même si la quantité de 5 grammes constitue la meilleure norme, le gold standard, et que nous nous y référons dans toutes nos communications.

Il faut poursuivre nos efforts pour inciter les gens à consommer moins de sel dans leur alimentation. Nous devons aussi poursuivre le dialogue avec l'industrie pour faire diminuer les teneurs en sel car l'excès de sel est vraiment dommageable pour la santé.

Mme Cindy Franssen (CD&V). – *Il est bon de rappeler cette étude et les dispositions qui ont déjà été prises. Naturellement je comprends que bien des dossiers, surtout ceux qui concernent les normes internationales de santé, relèvent du niveau européen.*

Toutefois on renvoie trop souvent à tort et à travers à l'Europe lorsqu'il faut imposer des normes. Je trouve en effet dommage que la norme de consommation de sel de cinq grammes par jour, qui est recommandée par l'Organisation mondiale de la santé et le Conseil supérieur de la santé, ne soit pas adoptée. Il est notoire que la consommation excessive de sel est nuisible à la santé. De plus en plus de gens se tournent vers des plats préparés, nous devons donc faire un effort et imposer la norme des cinq grammes pendant la prochaine législature.

En ce qui concerne l'étiquetage, la Belgique doit également rester à l'avant-garde de l'Europe. Cela ne vaut pas seulement pour la concentration en sel, mais aussi pour les acides gras trans dont la mention sur l'étiquette n'est pas encore obligatoire. Pareilles obligations peuvent difficilement être imposées au niveau national.

Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les faux médecins» (n° 5-4720)

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *Aux Pays-Bas, on a découvert une fraude à grande échelle aux codes des médecins. Des faux médecins et de fausses institutions de soins utilisaient les codes pour faire enregistrer des traitements dispensés de manière illégale ou n'ayant simplement jamais eu lieu. Les codes de médecins décédés ont même été utilisés. Il serait question de centaines de dossiers. Les fraudeurs ont ouvert des cabinets médicaux complets sans les autorisations et qualifications requises, et sont passés inaperçus parce qu'ils utilisaient le code d'un médecin officiel. Une première solution serait d'exercer un meilleur contrôle sur l'utilisation des codes, par exemple en répétant les contrôles.*

J'aimerais que la ministre me dise si une telle fraude est possible dans notre pays étant donné les différences avec les soins de santé néerlandais ? Dans la négative, pourquoi ? Peut-elle nous donner des explications ?

S'il est possible de commettre une fraude à l'aide de fausses

Wereldgezondheidsorganisatie wordt aanbevolen en door de Hoge Gezondheidsraad wordt overgenomen, bedraagt 5 gram per dag. Wij hebben voor een maximumwaarde van 6 gram per dag geopteerd. Die waarde is realistischer, ook al is 5 gram de gold standard en verwijzen wij ernaar in al onze mededelingen.

We moeten onze inspanningen voortzetten om de mensen ervan bewust te maken dat ze minder zout moeten consumeren. Ook moeten we met de industrie blijven onderhandelen om het zoutgehalte in levensmiddelen te doen dalen. Een overmatige zoutconsumptie is immers echt schadelijk voor de gezondheid.

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – *Het is positief dat de studie wordt herhaald en dat al een aantal maatregelen is genomen. Uiteraard begrijp ik dat heel wat zaken, zeker met betrekking tot internationale gezondheidsstandaarden, op Europees niveau moeten worden opgevolgd.*

Zeker als normen worden opgelegd, wordt inderdaad vaak te pas en te onpas naar Europa verwezen. Ik vind het echter jammer dat de norm voor zoutinname van 5 gram per dag, die door de Wereldgezondheidsorganisatie en de Hoge Gezondheidsraad naar voren wordt geschoven, niet wordt gevolgd. Het is bekend dat overmatig zoutgebruik schadelijk is voor de gezondheid. Zeker nu steeds meer mensen en gezinnen een toevlucht nemen tot bereide maaltijden, moeten we een tandje bijsteken en de norm van 5 gram in de volgende legislatuur opleggen.

Ook inzake de etikettering moet België op Europees vlak het voortouw blijven nemen. Dat geldt niet alleen voor de zoutconcentratie; ook de transvetzuren staan nog niet op de etiketten vermeld. Dergelijke verplichtingen kunnen moeilijk op nationaal niveau worden opgelegd.

Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de nepartsen» (nr. 5-4720)

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – *In Nederland is men grootschalige fraude met declaratiecodes van huisartsen op het spoor gekomen. Nepartsen en zorginstellingen gebruiken de codes om behandelingen te laten registreren die illegaal zijn of gewoon nooit werden verstrekt. Hierbij werden zelfs codes van reeds overleden dokters gebruikt. Er zou sprake zijn van honderden dossiers. Fraudeurs startten zelfs volledige zorgpraktijken op zonder de correcte toestemming of kwalificatie en bleven onopgemerkt omdat ze een code van een officiële arts gebruikten. Een eerste oplossing zou zijn een beter toezicht uit te oefenen op het gebruik van de codes, bijvoorbeeld via hercontroles.*

Graag had ik van de minister vernomen of het, gelet op de verschillen met de Nederlandse gezondheidszorg, in ons land mogelijk is dergelijke fraude te plegen? Indien neen, waarom niet? Graag enige toelichting?

Als het in ons land mogelijk is fraude te plegen met valse declaraties, is het fraudeprobleem bij ons dan ook zo groot? Is

déclarations dans notre pays, y a-t-il également un problème de fraude aussi important chez nous ? Peut-on parler de faux médecins et de faux cabinets installés en vue de frauder ? Peut-elle nous donner des explications ?

Comment contrôle-t-on cette fraude éventuelle ?

Sait-on combien de fausses déclarations de ce genre ont été faites durant les cinq dernières années ? La ministre peut-elle les nous en faire part, ventilées par année et par province ?

La ministre dispose-t-elle de données concernant le nombre de dossiers et de personnes qui ont commis une telle fraude ? Peut-elle ventiler ces chiffres par année pour les cinq dernières années ?

La ministre dispose-t-elle de données sur le coût de cette forme de fraude, ou d'une estimation, et peut-elle les communiquer ?

Note-t-on une évolution significative, augmentation ou baisse, de ces cas de fraude ? La ministre peut-elle expliquer cette évolution ?

Quelles solutions ou instruments sont-ils déjà disponibles pour combattre et détecter cette fraude ? Quelles autres solutions sont-elles selon la ministre souhaitables ou applicables ?

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 la différence des Pays-Bas, il existe en Belgique plusieurs instances qui se chargent, de manière intégrée, de l'agrément et du contrôle : le SPF Santé publique, les Commissions médicales provinciales, l'Ordre des médecins et l'INAMI. Cette procédure intégrée et phasée réduit considérablement, voire supprime pratiquement le risque de fraudes de ce type.*

La situation aux Pays-Bas n'est donc pas comparable à celle de la Belgique.

Pour pouvoir travailler dans le cadre de l'Assurance soins de santé et indemnités, tout dispensateur de soins doit disposer d'un numéro INAMI « actif », qui est attribué sur la base des informations fournies par le SPF Santé publique. Ce SPF garantit ainsi que telle personne a bien la qualification de médecin.

Les universités belges envoient systématiquement la liste des médecins diplômés au SPF Santé publique et une copie à l'Ordre des médecins. Le SPF Santé publique transmet cette liste à la Commission médicale provinciale qui octroie le visa ad hoc. Le SPF Santé publique envoie ensuite la liste à l'INAMI.

Le numéro INAMI est octroyé au médecin qui en fait la demande, sur la base des informations transmises par le SPF Santé publique. Ces informations circulent donc directement entre les institutions, ce qui exclut en principe qu'un numéro INAMI puisse être délivré sur la base d'un faux diplôme belge, à moins que la falsification n'ait eu lieu au cours des procédures administratives des universités.

Pour les diplômes obtenus à l'étranger, c'est le SPF Santé publique qui valide le diplôme. C'est à cette occasion que de faux diplômes pourraient être détectés.

Dès qu'il a connaissance du décès d'un médecin, l'INAMI

er sprake van de creatie van nepartsen en neppraktijken om te frauderen? Graag kreeg ik hierbij enige toelichting?

Hoe wordt er op eventuele fraude gecontroleerd?

Is geweten hoeveel valse declaraties de afgelopen vijf jaar werden gedaan? Kan de minister die cijfers per jaar en per provincie meedelen?

Heeft de minister cijfers over het aantal dossiers en over het aantal personen dat dergelijke fraude heeft gepleegd? Kan ze die cijfers voor de afgelopen vijf jaar opdelen per jaar?

Beschikt de minister over cijfers of over een schatting van de kosten die deze vorm van fraude meebrengt, en kan ze die meedelen?

Neemt dat soort van fraudegevallen toe of neemt het af. Kan de minister dat toelichten?

Welke oplossingen of instrumenten zijn al voorhanden om die fraude op te sporen en tegen te gaan? Welke verdere oplossingen acht de minister wenselijk of haalbaar?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het verschil met de Nederlandse regeling bestaat erin dat in België verschillende instanties op een geïntegreerde manier bij de erkenning en controle betrokken zijn: de FOD Volksgezondheid en de Provinciale Geneeskundige Commissies, de Orde der geneesheren en het RIZIV. Door die gefaseerde en geïntegreerde aanpak wordt het risico op dat type van fraude aanzienlijk verlaagd en haast onmogelijk gemaakt.*

De situatie in Nederland en die in België zijn dus niet vergelijkbaar.

Wil een zorgverlener zijn beroep in het kader van de Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen kunnen uitoefenen, dan heeft hij of zij een actief RIZIV-nummer nodig. Dat wordt door het RIZIV toegekend aan de zorgverlener, in casu de arts, op basis van de informatie die het van de FOD Volksgezondheid ontvangt. De overheidsdienst waarborgt aldus de kwalificatie van een persoon als arts.

De Belgische universiteiten sturen systematisch een lijst van vers gediplomeerde artsen naar FOD Volksgezondheid en een kopie ervan naar de Orde van geneesheren. De FOD Volksgezondheid bezorgt die lijst dan aan de Provinciale Geneeskundige Commissie, die het visum verstrekt, waarna de FOD Volksgezondheid de lijst naar het RIZIV doorstuurt.

Het RIZIV-nummer wordt op vraag van de arts toegekend op basis van de informatie die de FOD Volksgezondheid heeft verstrekt. Op die manier stroomt de informatie rechtstreeks door tussen de instellingen en is het in principe uitgesloten een RIZIV-nummer toe te kennen op basis van een vals Belgisch diploma, tenzij de vervalsing zou gebeuren tijdens het administratief traject bij de universiteiten.

désactive le numéro INAMI concerné.

Le SPF Santé publique est également chargé de transmettre à l'INAMI toute information dans ce domaine. L'INAMI désactive alors le numéro du dispensateur de soins et en informe tous les organismes assureurs par une circulaire confidentielle. Cette désactivation empêchera toute utilisation illégale du numéro INAMI ainsi que le remboursement de prestations effectuées ou prescrites de manière illégale. À son tour, le SPF Santé publique retirera l'agrément obtenu sur la base de faux documents.

Des enquêtes menées en Belgique n'ont pas permis de détecter un important problème de fausses déclarations, comme c'est le cas aux Pays-Bas, où les médecins ont une relation contractuelle directe avec les assurances maladie, ni d'indications selon lesquelles de « faux médecins » ou de « faux cabinets » seraient apparus.

Le contrôle de la qualification et de l'agrément de tout dispensateur de soins, y compris des non-médecins, fait partie intégrante de chaque nouvelle enquête. Pour ce faire, l'INAMI se base sur les données reçues du SPF Santé publique qui sont enregistrées dans le cadastre des prestataires de l'INAMI. Aucun dossier d'enquête spécifique n'a été ouvert par les services de contrôle à propos de « faux médecins » puisque les enquêtes visent l'application correcte de la réglementation par les dispensateurs de soins.

Dans certains cas, l'Inari n'est pas immédiatement averti du décès d'un médecin. Des fraudes seraient dès lors possibles, mais aucun cas n'a été enregistré au cours des cinq dernières années.

Durant cette période aucun « faux médecin » n'a été signalé ou détecté à l'INAMI. Si l'INAMI est informé de l'existence de faux médecins ou de l'utilisation frauduleuse d'un numéro INAMI, il doit transmettre l'information à la Commission médicale provinciale qui avertira dans ce cas les autorités judiciaires.

Je répète que le contrôle de la qualification et de l'agrément de tout dispensateur de soins, y compris des non-médecins, est effectué lors de chaque enquête et en fait partie intégrante.

**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'agrément des technologues en
imagerie médicale » (n° 5-4727)**

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Le 1^{er} décembre 2013, la réglementation relative à l'agrément des technologues en imagerie médicale et de laboratoire médical est entrée en vigueur.

Buitenlandse diploma's worden door de FOD Volksgezondheid gevalideerd: in voorkomend geval kunnen valse diploma's worden opgespoord.

Zodra het RIZIV verneemt dat een arts overleden is, deactiveert het diens RIZIV-nummer.

Daarnaast heeft de FOD Volksgezondheid ook als taak het RIZIV alle informatie in dat verband te bezorgen. Op basis daarvan deactiveert het instituut dan het nummer van de zorgverlener en verwittigt alle verzekeringsinstellingen middels een vertrouwelijk schrijven. Op die manier wordt verhinderd dat het nummer illegaal wordt gebruikt en dat illegaal uitgevoerde of voorgeschreven verstrekkingen worden terugbetaald. Op zijn beurt moet de FOD Volksgezondheid de op basis van valse documenten verkregen erkenningen intrekken.

Onderzoeken in ons land hebben geen groot fraudeprobleem met valse declaraties aan het licht gebracht, zoals in Nederland, waar artsen rechtstreeks een contract met de ziekteverzekeraars sluiten. Er zijn evenmin aanwijzingen van de creatie van nepartsen of neppraktijken.

Het nazicht van de kwalificatie en erkenning van elke zorgverlener, ook die van niet-artsen, vormt een integraal onderdeel van elk nieuw onderzoek. Het RIZIV baseert zich daarvoor op de gegevens die het van de FOD Volksgezondheid ontvangt en die in het RIZIV-kadaster opgenomen worden. De controlediensten hebben geen onderzoekdossiers naar nepartsen op basis van eigen gegevens geopend, omdat de enquêtes zijn toegespitst op de correcte naleving van de reglementering door de zorgverleners.

In bepaalde gevallen wordt het RIZIV niet onmiddellijk op de hoogte gebracht van bijvoorbeeld het overlijden van een arts. Zo kan in theorie fraude worden gepleegd, maar de afgelopen vijf jaar werd geen enkel dergelijk fraudegeval geregistreerd.

In die periode is ook geen enkele valse arts bij het RIZIV aangegeven of ontdekt. Als het RIZIV van het bestaan van een valse arts of van frauduleus gebruik van een RIZIV-nummer op de hoogte zou worden gebracht, geeft het instituut die informatie door aan de Provinciale Geneeskundige Commissie, die in dat geval ook de gerechtelijke overheden verwittigt.

Zoals reeds gezegd, wordt bij het begin van elk onderzoek de kwalificatie en de erkenning van elke zorgverlener, ook die van niet-artsen, nagezien. Dat nazicht vormt een integraal en permanent onderdeel van het onderzoek.

**Vraag om uitleg van
de heer André du Bus de Warnaffe aan de
vice-eersteminister en minister van Sociale
Zaken en Volksgezondheid over « de
erkenning van de technologen in de
medische beeldvorming » (nr. 5-4727)**

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Op 1 december 2013 trad de reglementering in werking voor de erkenning van technologen in de medische beeldvorming en medische laboratoria.

Cette réforme qui vise à attribuer un numéro d'agrément à tous les technologues en imagerie médicale est positive car elle a pour objectif de reconnaître et sécuriser le statut de technologue en imagerie médicale en exigeant une qualité minimale de formation, afin d'assurer des prestations de qualité aux patients et aux professionnels qui font appel à eux.

Les critères pour obtenir l'agrément sont définis dans l'arrêté royal du 28 février 1997. Ainsi, l'agrément pour exercer en tant que technologue en imagerie médicale peut être obtenu aux conditions suivantes : réussir une formation de l'enseignement supérieur de plein exercice d'au moins trois ans, avoir réussi un stage et suivre une formation continue. Il est également possible de bénéficier d'une dérogation si, avant le 7 juin 1997, l'on exerçait déjà la fonction de technologue en imagerie médicale depuis au moins trois ans et si l'on peut en apporter la preuve. Enfin, il est par ailleurs possible d'obtenir un agrément provisoire si l'on ne dispose pas d'un diplôme de technologue en imagerie médicale, mais d'un diplôme qui sanctionne une formation dont le niveau répond aux conditions de qualification. Dans ce cas, dès réception de l'agrément provisoire et quelle que soit la date d'obtention, la personne concernée a jusqu'au 1^{er} décembre 2019 pour obtenir le diplôme de technologue en imagerie médicale.

J'ai été interpellé par plusieurs technologues en imagerie médicale qui considèrent que cette dernière mesure relative à l'agrément provisoire ne correspond pas à la réalité du terrain car les personnes engagées entre 1997 et 2014 – soit 50 voire 70% du personnel travaillant dans le domaine visé – mais qui ne disposent pas du diplôme de technologue en imagerie médicale, devront reprendre trois années d'études à temps plein alors qu'elles exercent déjà à temps plein.

Pourriez-vous nous éclairer quant au nombre de personnes concernées par les différents régimes d'agrément des technologues en imagerie médicale ?

Avez-vous eu connaissance de la pétition lancée sur Internet au sujet de cette réforme des technologues en imagerie médicale qui, au 3 février dernier, avait recueilli 411 signatures ?

Est-il exact que les personnes qui peuvent obtenir un agrément provisoire devront obligatoirement suivre l'ensemble du processus de formation de technologue en imagerie médicale avant 2019, soit trois ans de cours à temps plein ? Des modalités particulières – dispenses, étalement, etc. – sont-elles envisagées ou envisageables pour ces personnes qui travaillent déjà actuellement et ne pourraient donc pas reprendre une formation à temps plein ?

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 législation concernant l'agrément des praticiens de la profession de technologue en imagerie médicale entrée en vigueur le 1^{er} décembre n'est pas une réforme mais une condition nouvelle à l'exercice de cette profession.

L'arrêté royal du 28 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification des technologues en imagerie médicale a été publié le 17 juin 1997. Il prescrit les conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de technologue en imagerie médicale. Depuis

Deze hervorming die gericht is op het toekennen van een erkenningsnummer aan alle technologen in de medische beeldvorming is positief, want hiermee kan het statuut worden erkend en kan een minimale opleidingskwaliteit worden vereist, zodat kwaliteitsvolle diensten kunnen worden gegarandeerd voor de patiënten en degenen die de prestaties aanvragen.

Het koninklijk besluit van 28 februari 1997 bepaalt de erkenningscriteria. De erkenning voor het uitoefenen van het beroep van technoloog in de medische beeldvorming kan worden verkregen onder de volgende voorwaarden: slagen voor een voltijdse opleiding van drie jaar hoger onderwijs, geslaagd zijn voor een stage en een permanente opleiding volgen. Een afwijking is mogelijk als men voor 7 juni 1997 het beroep van technoloog in de medische beeldvorming ten minste drie jaar uitoefent en dit kan bewijzen. Tot slot is het ook mogelijk een voorlopige erkenning te krijgen als men niet over een diploma van technoloog in de medische beeldvorming beschikt, maar wel een diploma heeft dat beantwoordt aan hetzelfde kwalificatieniveau. In dit geval zal de persoon, zodra hij een voorlopige erkenning heeft, tot 1 december 2019 de tijd krijgen om een diploma van technoloog in de medische beeldvorming te behalen.

Volgens verschillende technologen die ik heb gesproken, komt de voorlopige erkenning niet overeen met de realiteit op het terrein. Ongeveer 50 tot 70% van het personeel werd tussen 1997 en 2014 aangeworven, maar beschikt niet over het diploma van technoloog in de medische beeldvorming. Zij moeten met een voltijdse opleiding van drie jaar beginnen, terwijl ze al voltijds werken.

Mevrouw de minister, kunt u ons meedelen op hoeveel personen de erkenning van technoloog in de medische beeldvorming betrekking heeft?

Hebt u weet van een petitie op het internet van 3 februari jongstleden over de hervorming van technoloog in de medische beeldvorming, waarbij 411 handtekeningen werden verzameld?

Is het juist dat personen die een voorlopige erkenning kunnen krijgen, verplicht zijn om tegen 2019 hetzelfde opleidingsproces, namelijk een voltijdse opleiding van drie jaar, te doorlopen? Zullen er bijzondere voorwaarden zijn, onder andere vrijstelling en spreiding, voor personen die momenteel werken en geen voltijdse opleiding kunnen volgen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De wetgeving omtrent de erkenning van technoloog in de medische beeldvorming, die op 1 december in werking trad, is geen hervorming, maar een nieuwe voorwaarde voor de uitoefening van dit beroep.*

Het koninklijk besluit van 28 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van technoloog medische beeldvorming werd op 17 juni 1997 gepubliceerd. Het omschrijft de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van technoloog medische beeldvorming. Sinds de

l'entrée en vigueur de cet arrêté royal, les technologues en imagerie médicale doivent donc satisfaire à des conditions de diplôme, de stage et de formation continue.

L'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé prévoit que chaque fois que l'on publie les critères d'agrément d'une nouvelle profession paramédicale, les personnes exerçant déjà les actes réservés à cette profession depuis au moins trois ans peuvent continuer à le faire. Elles peuvent obtenir une dérogation à l'obligation de qualification sur la base des droits acquis.

Si le diplôme n'existe pas encore au moment de la publication de l'arrêté royal, ce même arrêté prévoit que toutes les personnes qui éventuellement exerçaient sans diplôme au moment de la délivrance, par l'enseignement, du premier diplôme totalement conforme à ces conditions, soit l'année académique 2001-2002, peuvent également bénéficier de cette dérogation sur la base des droits acquis. La profession de technologue en imagerie médicale est la première profession paramédicale qui peut invoquer cette disposition mais il est vrai que le SPF Santé publique n'a pas encore suffisamment informé le secteur de cette possibilité.

L'arrêté royal du 7 novembre 2013 qui exécute une nouvelle condition à l'exercice de cette profession, soit l'obligation d'obtenir un agrément pour pouvoir exercer, a été publié fin 2013. Cet agrément est entré en vigueur le 1^{er} décembre 2013 et les intéressés exerçant déjà ont jusqu'au 1^{er} décembre 2014 pour le demander. Ensuite, les futurs diplômés devront demander cet agrément préalable à l'exercice dès qu'ils désireront travailler.

Le nombre de technologues en imagerie médicale était estimé par l'administration à environ 1 200 personnes. Cependant, depuis la publication des critères d'agrément, des personnes qui n'étaient pas recensées se manifestent pour l'obtenir.

Si l'information selon laquelle des personnes ont été engagées après 2002 pour effectuer des prestations relevant de la médecine nucléaire ou de l'imagerie médicale sans posséder une des qualifications requises par l'arrêté royal n° 78 s'avère exacte, elle serait inquiétante car cela signifierait qu'après 2002, des médecins ont confié des actes à du personnel non qualifié.

J'en arrive à votre deuxième question. La pétition dont vous avez parlé a été rédigée par une personne mal informée qui a créé la panique dans le secteur, par exemple en niant que les infirmiers sont également autorisés à utiliser des appareils d'imagerie médicale selon un arrêté royal du 18 juin 1990 ou en affirmant que les infirmiers qui ne demanderont pas à être enregistrés comme technologues perdront leur emploi. Ridicule ! En outre, l'initiateur de cette pétition n'a pas pris en compte les deux dispositions de l'article 54^{ter} pour bénéficier d'une dérogation sur la base des droits acquis comme je l'ai expliqué au début de ma réponse.

Je ne puis répondre à la troisième question puisque l'organisation relève des ministres de l'Enseignement de chaque communauté. Certaines personnes engagées après 2002 ne répondant pas aux conditions de qualification mais ayant un niveau d'étude équivalent recevront effectivement un agrément provisoire valable jusqu'en 2019 pour avoir le temps de se former. La mesure vise à proposer une solution à un maximum de personnes mais elles doivent voir avec le

inwerkingtreding van dit koninklijk besluit moeten de technologen medische beeldvorming aan deze voorwaarden van diploma, stage en permanente vorming voldoen.

Het koninklijk besluit nummer 78 houdende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen bepaalt dat telkens als er criteria voor de toekenning van een nieuw paramedisch beroep worden gepubliceerd, de personen die het beroep al ten minste drie jaar uitoefenen dit ook kunnen blijven doen. Ze kunnen een afwijking bekomen op grond van verworven rechten.

Wanneer het diploma nog niet bestaat op het moment van de publicatie van het koninklijk besluit, bepaalt hetzelfde koninklijk besluit dat alle personen die het beroep eventueel uitoefenen zonder diploma op het moment van de uitreiking van het eerste diploma conform deze voorwaarden, namelijk academiejaar 2001-2002, eveneens een afwijking op basis van verworven rechten kunnen krijgen. Het beroep van technoloog medische beeldvorming is het eerste paramedisch beroep waarvoor men zich op deze bepaling kan beroepen, maar de FOD Volksgezondheid heeft de sector inderdaad nog niet voldoende over deze mogelijkheid geïnformeerd.

Het koninklijk besluit van 7 november 2013, dat eind 2013 werd gepubliceerd, impliceert een nieuwe voorwaarde voor de uitoefening van dit beroep, zijnde de verplichting om een erkenning aan te vragen om het beroep uit te oefenen. Die voorwaarde trad op 1 december 2013 in werking en de betrokken kunnen de erkenning tot 1 december 2014 aanvragen. De toekomstige gediplomeerden moeten deze erkenning aanvragen vooraleer ze beginnen te werken.

Het aantal technologen medische beeldvorming wordt op ongeveer 1200 geschat. Sinds de publicatie van de erkenningscriteria hebben de mensen die niet meegeteld waren, echter laten weten dat ze de erkenning willen.

Als blijkt dat personen na 2002 aangeworven zijn om prestaties te leveren die onder de nucleaire geneeskunde of de medische beeldvorming vallen, zonder over de kwalificaties te beschikken die vereist zijn op grond van het koninklijk besluit nummer 78, dan zou dit onrustwekkend zijn. Dat zou immers betekenen dat na 2002 artsen handelingen toevertrouwd hebben aan niet-gekwalificeerd personeel.

De petitie werd opgesteld door iemand die slecht geïnformeerd is en die paniek heeft gezaaid in de sector. Zo werd er niet op gewezen dat verplegers krachtens het koninklijk besluit van 18 juni 1990 gemachtigd zijn apparaten voor medische beeldvorming te hanteren of wordt er beweerd dat verplegers die niet vragen om als beeldtechnoloog geregistreerd te worden hun job verliezen. Dat is belachelijk! De initiatiefnemer van de petitie heeft geen rekening gehouden met twee bepalingen van artikel 54^{ter} om een afwijking te bekomen op grond van verworven rechten, zoals verduidelijkt aan het begin van mijn antwoord.

De derde vraag kan ik niet beantwoorden, want de organisatie hangt af van de ministers van Onderwijs van de gemeenschappen. Bepaalde personen die na 2002 werden aangeworven en die niet de vereiste kwalificaties hebben, maar wel een gelijkwaardig opleidingsniveau hebben, zullen een tijdelijke erkenning krijgen die geldig is tot 2019, zodat ze de tijd hebben om een opleiding te volgen. De maatregel beoogt een oplossing voor zoveel mogelijk mensen, maar er

secteur de l'enseignement ce qui peut être organisé. Les communautés parlent souvent de valorisation des acquis de l'expérience. En l'occurrence, il s'agit d'une piste intéressante.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Votre réponse démontre combien il était utile de clarifier la situation pour ces professionnels dont l'inquiétude était perceptible.

J'aimerais également développer cette question devant le Parlement de la Communauté française, mais peut-être le temps me fera-t-il défaut.

Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les entretiens de diagnostic de cancer et l'élaboration d'un protocole d'annonce» (n° 5-4728)

Mme Cindy Franssen (CD&V). – À l'occasion de la Journée contre le cancer, la Ligue flamande contre le cancer a publié un dossier sur l'entretien où l'on annonce au patient de mauvaises nouvelles, ce dossier est tiré de l'expérience de patients, d'ex-patients et de leurs proches.

L'annonce d'un mauvais diagnostic fait l'objet de l'entretien le plus complexe auquel sont confrontés le patient et son médecin. Pour le patient, l'annonce de mauvaises nouvelles a comme conséquence qu'il doit tout d'un coup envisager tout autrement son avenir. Sa vie est soudain complètement bouleversée, cela engendre des émotions négatives comme la tristesse, l'angoisse, l'insécurité, l'impuissance et la colère. Dès lors, il ne perçoit pas bien toutes les informations données durant l'entretien. Pour le médecin ce n'est pas un entretien facile. Il doit rapidement évaluer ce que le patient comprend et la quantité d'information qu'il souhaite.

Il ressort de 431 témoignages de patients et d'ex-patients malades du cancer que 21 pour cent évaluent positivement l'expérience de l'entretien d'annonce d'un diagnostic défavorable, pour 28 pour cent l'expérience est à la fois positive et négative et pour 51 pour cent l'entretien fut franchement une expérience négative.

Face à ces résultats, la Ligue flamande contre le cancer a formulé trois recommandations pour améliorer la communication de mauvaises nouvelles.

Les patients trouvent important qu'un entretien d'annonce de mauvaises nouvelles puisse être réalisé à un moment adéquat et dans un endroit calme, où le patient comme le médecin ne soient pas dérangés, où la vie privée du patient soit respectée, où le temps accordé soit suffisant et où des proches importants puissent être présents. Ces éléments de contexte pour l'annonce de mauvaises nouvelles doivent en grande partie être planifiés par les prestataires de soins.

La plupart des patients attendent que le diagnostic soit annoncé correctement, honnêtement et clairement. Les patients diffèrent sur la manière dont ils souhaitent être informés du diagnostic et sur la quantité d'information qu'ils

moet met de onderwijssector bekeken worden wat mogelijk is. De gemeenschappen spreken vaak over een herwaardering van de opgedane ervaring. Dit is een uitgelezen kans.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Mevrouw de minister, uw antwoord toont aan hoe nuttig het is om de situatie voor de beroepsmensen te verduidelijken, want ze waren duidelijk ongerust.*

Ik zou deze vraag graag stellen aan het Parlement van de Franse Gemeenschap, maar er zal wellicht geen tijd meer voor zijn.

Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de slechtnieuwsgesprekken bij kanker en de uitwerking van een mededelingsprotocol» (nr. 5-4728)

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Naar aanleiding van de Dag tegen Kanker publiceerde De Vlaamse Liga tegen Kanker in september 2013 een dossier over slechtnieuwsgesprekken, waarin ingegaan wordt op de ervaringen van kankerpatiënten, ex-kankerpatiënten en hun naasten.

Een slechtnieuwsgesprek is het meest complexe gesprek dat de arts en de patiënt moeten voeren. Bij de patiënt leidt het slechte nieuws ertoe dat zijn toekomst er opeens heel anders uitziet. Zijn leven wordt in een klap grondig overhoop gegooid, wat zorgt voor negatieve emoties zoals verdriet, angst, onzekerheid, onmacht en boosheid. Dat maakt dat hij niet alle tijdens het gesprek gegeven informatie goed opneemt. Ook voor de arts is dit geen gemakkelijk gesprek. Hij moet snel kunnen inschatten wat patiënten begrijpen en hoeveel informatie ze willen.

Uit de 431 getuigenissen van kankerpatiënten en ex-kankerpatiënten blijkt dat 21% positieve ervaringen heeft met het slechtnieuwsgesprek, 28% heeft zowel positieve als negatieve ervaringen en 51% heeft ronduit negatieve ervaringen.

Gezien deze resultaten heeft de Vlaamse Liga drie belangrijke aanbevelingen gedaan teneinde de communicatie van het slechte nieuws te verbeteren.

Patiënten vinden het belangrijk dat een slechtnieuwsgesprek op een geschikt moment en een rustige plek kan gebeuren, waar de arts en de patiënt niet worden gestoord, de privacy van de patiënt gewaarborgd is, er voldoende en ongestoorde tijd beschikbaar is en belangrijke naasten kunnen aanwezig zijn. Deze contextelementen van de slechtnieuwsmededeling zijn in grote mate vooraf te plannen door de zorgverleners.

De meeste patiënten verwachten dat de diagnose zelf correct, eerlijk, duidelijk en helder wordt meegedeeld. Patiënten verschillen van elkaar in hoe ze de diagnose wensen te krijgen en hoeveel informatie ze daarover willen. Ze verschillen tevens in de wijze waarop ze met bedreigende informatie omgaan. Belangrijk is dat de zorgverlener goed naar de

désirent. Ils diffèrent également sur la manière dont ils s'accommodent d'une information menaçante. Il est important que le prestataire de soins écoute attentivement le patient et lui donne l'information dans la quantité et de la manière souhaitées par le patient.

Les patients sont très sensibles à la manière dont le soignant communique avec eux et à son attitude durant l'entretien. Même si le message est dur, la compréhension et le souci que montre le médecin, son empathie et son ton amical, son comportement authentique et respectueux dans son approche du patient et ses paroles réconfortantes et rassurantes font du bien. Cela permet aux patients de placer leur confiance dans le médecin.

J'aimerais que la ministre nous dise si l'action 7 du plan de lutte contre le cancer, qui prévoit l'élaboration d'un protocole d'annonce, a déjà été mise en œuvre. La ministre peut-elle donner davantage d'information sur les dispositions spécifiques reprises dans ce protocole ? Ces dispositions tiennent-elles compte des trois recommandations de la Ligue flamande contre le cancer ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *L'action 7 du plan cancer se compose de trois éléments. Primo, la création d'une nomenclature pour une consultation de longue durée pour le temps de l'annonce par le médecin. Cette mesure est en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2010. Secundo, une formation à la communication destinée au personnel soignant, dispensée dans le cadre de la psycho-oncologie. Un budget annuel de 269 000 euros y est consacré. Tertio, la réalisation d'un dispositif d'annonce. Ce point n'a cependant pas encore été mis en œuvre.*

Outre le cancer, il existe d'autres pathologies dont l'annonce du diagnostic nécessite une attention particulière, par exemple l'annonce d'un handicap permanent, d'une maladie rare ou d'une maladie chronique.

J'ai proposé que soient analysées les différentes initiatives prises par nos hôpitaux au moment de l'annonce du diagnostic. Pour ce faire, les hôpitaux ont été invités, le 20 mars dernier, à organiser une étude sur cette thématique.

Le premier objectif de l'étude est d'identifier les pratiques existantes dans les hôpitaux et d'analyser et d'évaluer ces « bonnes pratiques » afin de les traduire en recommandations. Le deuxième objectif de l'étude est d'évaluer, dans tous les hôpitaux, les besoins et les exigences des professionnels concernés, ainsi que la manière de les appliquer.

Les conclusions de l'étude devront comporter une liste de recommandations concrètes et réalistes qui seront mises en œuvre dans chaque hôpital.

Mme Cindy Franssen (CD&V). – *Je regrette que le protocole d'annonce ne soit pas encore prêt.*

On a dégagé 269 000 euros pour la formation en psycho-oncologie et en communication. Comment va-t-on contrôler la bonne affectation de ces moyens ?

patiënt luistert en bij de patiënt peilt hoeveel informatie hij wenst en op welke manier.

Patiënten zijn erg gevoelig voor de manier waarop de zorgverlener met hen communiceert en zijn houding tijdens het gesprek. Ook al komt de boodschap hard aan, het begrip en de bezorgdheid die de arts toont, zijn empathie en vriendelijke toon, zijn authentieke en respectvolle houding in de omgang met de patiënt en troostende en geruststellende woorden doen deugd. Ze maken het de patiënten mogelijk de arts in vertrouwen te nemen.

Graag had ik van de minister vernomen of Actie 7 van het Kankerplan, dat voorziet in het uitwerken van een mededelingsprotocol, reeds werd uitgevoerd. Kan de minister meer informatie geven over de specifieke maatregelen in het mededelingsprotocol? Houden deze maatregelen rekening met de drie aanbevelingen van de Vlaamse Liga tegen Kanker?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Actiepunt 7 van het Kankerplan bestaat uit drie onderdelen. Ten eerste, wordt in de nomenclatuur een consultatie van lange duur ingevoerd voor de mededeling van de diagnose door de dokter. Deze maatregel is sinds 1 november 2010 van kracht. Ten tweede, komt er een opleiding in communicatie voor de beroepsbeoefenaars; het betreft een opleiding in psycho-oncologie en communicatie voor de zorgverleners. Hiervoor wordt een jaarlijks budget van 269 000 euro uitgetrokken. Ten derde, wordt een mededelingsdispositief opgesteld. Dat punt werd nog niet gerealiseerd.

Naast kanker zijn er andere aandoeningen waarbij bijzondere aandacht moet worden besteed aan de communicatie tijdens het meedelen van de diagnose. Ik denk bijvoorbeeld aan een blijvende handicap, een zeldzame ziekte of een chronische ziekte.

Ik heb voorgesteld de bestaande initiatieven die momenteel in onze ziekenhuizen bestaan voor het meedelen van een diagnose, te laten analyseren. Hiertoe werden de ziekenhuizen op 20 maart jongstleden opgeroepen om een studie over dit onderwerp te organiseren.

De eerste doelstelling van die studie is de huidige praktijken in de ziekenhuizen in kaart te brengen en deze goede praktijken te analyseren en te evalueren met het oog op het formuleren van aanbevelingen. De tweede doelstelling is de noden en de eisen van de betrokken beroepsbeoefenaars in alle deelnemende ziekenhuizen te evalueren, alsook de manier waarop dit kan worden toegepast.

De conclusies van deze studie zullen een lijst met concrete en realistische aanbevelingen bevatten die zullen worden aangewend in ieder ziekenhuis.

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Ik betreur dat het mededelingsprotocol er nog niet is.

Er wordt 269 000 euro ingeschreven voor de opleiding in psycho-oncologie en communicatie. Hoe controleert men dat de middelen daarvoor effectief worden gebruikt?

La ministre fait également référence à une nomenclature pour une consultation de longue durée. Fait-on appel à des psychologues pour ces consultations ? Ma pratique m'apprend que tel n'est pas le cas. Quelle durée prévoit-on pour une consultation de ce type ?

Je suis convaincue des bonnes intentions du plan cancer. Si, en théorie, il tient bien la route, je me demande comment il sera possible en pratique de contrôler les mesures. Bénéficieront-elles réellement au patient ? De quelle manière ?

Plutôt que de réaliser une étude sur le protocole d'annonce, il vaudrait mieux constituer un groupe de travail avec des membres des plateformes de patients afin que les malades vivant une situation difficile soient traités avec une grande humanité.

Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les soins cardiovasculaires» (n° 5-4743)

Mme Veerle Stassijns (N-VA). – Les cardiologues de notre pays s'inquiètent de la qualité des soins cardiovasculaires. Selon le président de la Société belge de cardiologie, cette qualité est mise en péril en raison de la croissance sauvage de nouveaux centres cardiaques, de l'avalanche de mesures d'économies linéaires et de l'absence de stratégie concernant l'instauration de techniques innovatrices.

Le gouvernement fédéral est tiraillé entre deux options, disent les cardiologues. Il annonce des mesures d'économie tout en réclamant des changements structurels. Les cardiologues estiment que cela a une incidence négative sur la qualité des soins dispensés aux patients cardiaques. Qui plus est, il y a un risque réel de surconsommation et une augmentation des coûts.

La ministre compte-t-elle encore prendre des mesures pour mieux harmoniser les mesures d'économies et les changements que le gouvernement veut voir opérer dans le secteur ? Dans l'affirmative, comment compte-t-elle s'y prendre ?

Comment la ministre juge-t-elle les critiques des cardiologues sur les intentions politiques du gouvernement en la matière ?

Que compte-t-elle faire pour garantir la qualité des soins cardiovasculaires dans notre pays ?

Comment entend-elle lutter contre la menace de surconsommation et d'augmentation des coûts des soins cardiovasculaires ?

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 cardiologues sont toujours invités, par le biais des partenaires présents dans les différents organes de concertation, à participer aux discussions concernant les mesures d'économie. Ils ont, à plusieurs reprises, été invités à formuler des propositions au sujet des mesures imposées par la décision gouvernementale du 12 juillet 2013.

De minister verwijst ook naar een nomenclatuur voor een consult van lange duur. Zijn bij die consulten psychologen betrokken? Mijn praktijkervaring leert me dat dit nu absoluut niet het geval is. Hoeveel tijd wordt uitgetrokken voor zo'n consult?

Ik ben overtuigd van de goede bedoelingen van het Kankerplan. Theoretisch zit het goed in elkaar, maar ik vraag me af hoe men de maatregelen in de praktijk zal controleren. Komen ze de patiënt echt ten goede? Hoe wordt er met die patiënt omgegaan?

In plaats van een studie te maken over het mededelingsprotocol zou men beter een werkgroep samenstellen met leden van het Patiëntenplatform, zodat de menselijkheid in hun onmenselijke situatie zo groot mogelijk kan zijn.

Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de cardiovasculaire zorg» (nr. 5-4743)

Mevrouw Veerle Stassijns (N-VA). – De cardiologen in ons land zijn bezorgd over de kwaliteit van de cardiovasculaire zorg. Volgens de voorzitter van de Belgische Vereniging voor cardiologie komt die kwaliteit in het gedrang door een wildgroei van nieuwe hartcentra, de lawine aan lineaire besparingsmaatregelen en het gebrek aan strategie voor de invoering van innovatieve technieken.

De federale regering hinkt op twee gedachten, zeggen de cardiologen. Enerzijds kondigt ze besparingsmaatregelen aan, anderzijds moeten er structurele veranderingen worden doorgevoerd. Volgens hen heeft dit een negatieve impact op de kwaliteit van de zorg voor hartpatiënten. Meer nog, er is een reëel risico op overconsumptie en een verhoging van de kosten.

Zal de minister nog maatregelen nemen om de besparingsmaatregelen beter af te stemmen op de veranderingen die er volgens de regering in de sector moeten komen? Zo ja, hoe ziet ze dat concreet?

Hoe beoordeelt de minister de kritiek van de cardiologen over het voorgenomen beleid van de regering ter zake?

Wat zal ze doen om de kwaliteit van de cardiovasculaire zorg in ons land te garanderen?

Hoe zal ze de dreigende overconsumptie en de verhoging van de kosten voor cardiovasculaire zorg tegengaan?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De cardiologen worden, via de gesprekspartners in de verschillende overlegorganen, steeds uitgenodigd om deel te nemen aan de gesprekken over de besparingsmaatregelen. Ze werden meermaals uitgenodigd om zelf voorstellen te doen over de besparingsmaatregelen die opgelegd werden door de regeringsbeslissing van 12 juli 2013.

J'entends bien la critique des cardiologues mais, en ces temps difficiles, je compte aussi sur eux pour contribuer au contrôle des dépenses en matière de soins de santé.

Le suivi de la qualité des soins médicaux et l'élaboration de recommandations concernant le diagnostic et les soins cardiovasculaires relèvent du Collège de médecins pour les programmes de soins « pathologie cardiaque » auprès du SPF Santé publique. Ce collège prend diverses initiatives : l'établissement de recommandations partagées par les cardiologues et les médecins généralistes, d'une part, et par les cardiologues et les chirurgiens, d'autre part ; la rédaction de rapports réguliers d'évaluation des performances en matière de soins cardiaques, sur la base de l'examen des résultats des divers acteurs, à savoir les médecins généralistes, les cardiologues et les centres cardiaques. Nous devrions pouvoir atteindre cet objectif grâce aux différents registres dont nous disposons et aux données relatives à la consommation de soins.

L'INAMI et le SPF Santé publique associent leurs efforts en vue d'un suivi étroit des dépenses en matière de cardiologie. Il existe une différence entre la surconsommation et l'augmentation des coûts liés aux soins cardiaques. La surconsommation est très difficile à prouver. Les études internationales insistent de plus en plus sur la trop grande fréquence de certains examens tels que la coronarographie. Comme toutes les branches de la médecine, la cardiologie a fortement évolué au cours de ces dernières années. Les lignes directrices sont constamment actualisées et les cardiologues belges s'y conforment le mieux possible.

Les données relatives à la mortalité due aux maladies cardiovasculaires se sont considérablement améliorées au cours des dernières décennies. Toutefois, les frais continueront à augmenter, en raison du vieillissement de la population et de facteurs relatifs au style de vie, tels que le tabagisme et l'obésité. Les nouvelles technologies sont par ailleurs très coûteuses, mais elles peuvent sauver la vie de patients dont la situation était auparavant désespérée.

Mme Veerle Stassijns (N-VA). – *Je ne suis pas totalement convaincue par la réponse de la ministre. Elle prétend que les cardiologues sont toujours associés aux discussions mais ils ne sont apparemment pas représentés au Conseil technique médical de l'INAMI. Est-il normal qu'une discipline médicale d'une telle importance n'y soit pas représentée ?*

**Demande d'explications de
Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre
et ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique sur «la maladie de Lyme»
(n° 5-4781)**

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *J'ai déjà posé plusieurs questions à ce sujet. Dans une de ses réponses, la ministre a indiqué que l'image de la tique se laissant tomber sur sa proie était une légende. Je me demande toutefois si nos concitoyens ont suffisamment conscience du fait qu'une tique*

Ik hoor de kritiek van de cardiologen, maar ik reken ook op hun inzet om in deze moeilijke tijden net als iedereen bij te dragen tot een beheersing van de uitgaven in de gezondheidszorg.

De follow-up van de kwaliteit van de medische zorg en het ontwikkelen van aanbevelingen inzake cardiovasculaire diagnostiek en zorg is een taak voor het College van geneesheren voor de zorgprogramma's 'cardiale pathologie' bij de FOD Volksgezondheid. Het college werkt aan verschillende initiatieven: het opstellen van aanbevelingen die worden gedeeld door de cardiologen en de huisartsen, enerzijds, en de cardiologen en de chirurgen, anderzijds; het opstellen van regelmatige performantie-evaluatieverslagen van de hartzorg via een doorlichting van de resultaten van de verschillende actoren, namelijk de huisartsen, de cardiologen en de hartcentra. Dankzij de verschillende registers waarover wij beschikken, en de gegevens betreffende de consumptie van zorg moeten wij die doelstelling kunnen bereiken.

Het RIZIV en de FOD Volksgezondheid bundelen hun krachten om de uitgaven in het kader van de cardiologie nauwgezet te volgen. Er is een verschil tussen overconsumptie en de stijging van de kosten voor hartzorg. Overconsumptie is zeer moeilijk te bewijzen. Vele internationale studies wijzen meer en meer naar bepaalde onderzoeken zoals de coronairangiografie, die te frequent zouden worden uitgevoerd. De cardiologie heeft net als alle takken van de geneeskunde de jongste jaren een enorme evolutie gekend. Bepaalde onderzoeken of handelingen zouden beter worden vervangen door andere onderzoeken of behandelingen. *Guidelines* worden continu bijgewerkt en worden ook door de Belgische cardiologen zo goed mogelijk gevolgd.

De mortaliteitscijfers voor cardiovasculaire aandoeningen zijn de jongste decennia drastisch verbeterd. De kosten zullen echter verder stijgen, want dat is bijna inherent aan de vergrijzing van de bevolking en aan levensstijlfactoren, zoals roken en obesitas, waardoor cardiovasculaire problemen nog zullen toenemen. De nieuwe technologieën zijn ook zeer duur, maar ze kunnen een redding betekenen voor patiënten voor wie er vroeger geen oplossing was.

Mevrouw Veerle Stassijns (N-VA). – Het antwoord van de minister heeft mij niet volledig overtuigd. Ze zegt dat de cardiologen telkens betrokken worden, maar blijkbaar zijn ze niet vertegenwoordigd in de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV. Is het normaal dat zo een belangrijke geneeskundige discipline niet vertegenwoordigd is in die raad.

**Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen
aan de vice-eersteminister en minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid over
«de ziekte van Lyme» (nr. 5-4781)**

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – Over dit onderwerp heb ik er al eerder vragen gesteld. In een van haar antwoorden zei de minister dat het beeld van de teek die zich laat vallen op zijn prooi, een mythe is. Ik vraag me echter af of mensen voldoende beseffen dat ook een teek op hun huisdier hen ziek

présente sur leur animal de compagnie peut aussi les infecter. Il ressort d'une autre réponse qu'il n'existe aucun traitement standard dans notre pays, en raison d'une lacune à cet égard dans les recommandations européennes. Les médecins peuvent toutefois se référer aux recommandations internationales.

Selon la ministre, il s'agit d'une problématique fort complexe, de nombreux facteurs pouvant intervenir : « La multiplicité des facteurs et de leurs interactions rendent aussi complexe leur interprétation dans l'explication de l'évolution de l'incidence de la maladie ». Selon le site web de l'Institut scientifique de Santé publique, le nombre de cas diagnostiqués par an et confirmés par les laboratoires de référence continue à augmenter. Des patients me disent que la maladie est fort présente dans le Limbourg, par exemple à proximité de la frontière avec les Pays-Bas.

Quel est le nombre de cas constatés dans le Limbourg au cours des cinq dernières années et combien de tests ont-ils été effectués dans cette région ? La ministre peut-elle bien entendu me communiquer ces chiffres par écrit.

La population a-t-elle suffisamment conscience que l'image de « la tique qui se laisse tomber » est une légende ?

Est-il exact que de nombreux patients sont traités beaucoup trop tardivement, notamment parce que les médecins de première ligne ne maîtrisent pas assez le sujet, que l'auréole rouge n'apparaît que dans 50% des cas et que cette maladie peut être confondue, par exemple, avec le SFC ? Est-il dès lors possible que le nombre réel de patients soit plus élevé que nous le pensons ? La ministre peut-elle fournir quelques explications ?

La maladie est-elle transmissible de la mère à l'enfant ? La ministre peut-elle expliquer sa réponse ?

Faut-il établir un traitement standard dans notre pays ? Dans l'affirmative ou dans la négative, pourquoi ?

Quels éléments entravent-ils une meilleure approche de cette maladie ? Je pense, par exemple, à la formation continue des médecins. Quelques explications seraient également les bienvenues.

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 ressort du contrôle exercé par le réseau des laboratoires vigies que le Luxembourg est la province belge la plus touchée, mais que le Limbourg est aussi fort concerné par la maladie de Lyme. Nous ne pouvons pas fournir de chiffres exacts, mais bien des tendances.*

Le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants diagnostiqués sur la base d'un examen sérologique a évolué durant la période 2007-2012, mais on ne constate pas de tendance ascendante. Je vous communiquerai les chiffres relatifs au Limbourg ainsi qu'au nombre de tests effectués et remboursés par l'INAMI.

À cette époque de développement intense des moyens de communication, le citoyen est confronté à de nombreuses sources d'information, de sorte qu'il peut être difficile de distinguer les informations fiables des autres. Étant donné

kan maken. Uit een ander antwoord van de minister blijkt dat er geen standaardbehandeling is in ons land, omdat die niet is opgenomen in de Europese aanbevelingen. Wel kunnen artsen terugvallen op internationale aanbevelingen wanneer ze een patiënt behandelen.

De minister wees er eerder ook op dat het om een zeer complexe problematiek gaat omdat een veelheid aan factoren een rol kunnen spelen: “De veelheid van factoren en hun wisselwerking maken hun interpretatie ook complex voor de verklaring van de evolutie van de incidentie van de ziekte.” Op de website van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid staat te lezen: “Het aantal gevallen gediagnosticeerd per jaar en bevestigd door de referentielaboratoria blijft toenemen.” Patiënten vertellen me dat de ziekte in Limburg sterk aanwezig is, bijvoorbeeld bij de grens met Nederland.

Graag kreeg ik een antwoord op volgende vragen.

Bij hoeveel mensen in Limburg is de afgelopen vijf jaar de ziekte van Lyme vastgesteld en hoeveel tests zijn er in diezelfde periode in Limburg uitgevoerd? De minister mag me deze cijfers uiteraard ook gewoon op papier overhandigen.

Denkt de minister dat het algemeen en voldoende bekend is bij de bevolking dat het beeld van de “vallende teek” een mythe is?

Klopt het dat veel Lyme-patiënten veel te laat worden behandeld, onder meer omdat de kennis bij artsen in de eerste lijn onvoldoende is, omdat de rode ring slechts in 50% van de gevallen voorkomt en omdat de ziekte van Lyme aldus bijvoorbeeld met CVS of andere ziekten kan worden verward? Acht de minister het dus mogelijk dat het werkelijke aantal patiënten hoger ligt dan we nu denken? Kan de minister dat toelichten?

Is de ziekte overdraagbaar van een zwangere moeder op haar kind? Kan de minister dat toelichten?

Moet er in ons land een standaardbehandeling voor de ziekte van Lyme komen? Waarom wel of waarom niet?

Welke zaken belemmeren volgens de minister een betere aanpak van de ziekte? Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan bijscholing van artsen. Ook hierbij graag enige toelichting?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Luxemburg is de meest getroffen Belgische provincie, maar ook Limburg wordt heel vaak met de ziekte van Lyme geconfronteerd. Dat blijkt uit de surveillance van het netwerk van peillaboratoria. Exacte aantallen kunnen we niet geven, tendensen wel.*

Het aantal nieuwe gevallen per 100 000 inwoners dat werd gediagnosticeerd op basis van een serologisch onderzoek, is tijdens de periode 2007-2012 gewijzigd, maar er is geen opwaartse trend. Ik zal deze cijfers voor Limburg en ook de cijfers over het aantal tests, diagnostische én bevestigingstests samen, die door het RIZIV werden terugbetaald, overhandigen.

In deze tijden van massale ontwikkeling van communicatiemiddelen wordt de burger met talloze informatiebronnen geconfronteerd, zodat het ook moeilijk kan zijn om betrouwbare van onbetrouwbare informatie te

que, depuis quelques mois, nous constatons un regain d'intérêt pour la maladie de Lyme, l'Institut scientifique de Santé publique actualisera les informations communiquées sur son site web.

Une étude du réseau des cabinets vigies montre que la plupart des médecins connaissent les recommandations relatives au traitement de la maladie de Lyme. Selon cette étude, 91% des patients présentant un érythème migrant reçoivent immédiatement un traitement antibiotique.

En l'occurrence, un test sérologique n'est pas recommandé. Si le patient ne présente pas d'érythème, mais si une tique est restée fixée à sa peau pendant au moins douze heures ou s'il présente des symptômes imprécis au moment de la consultation, il convient d'effectuer deux tests sérologiques, à un intervalle d'au moins trois semaines. Un test positif montre que le patient a été en contact avec la bactérie et qu'un traitement peut éventuellement être démarré, étant entendu que l'on ne traite pas, ici, une sérologie positive mais les symptômes cliniques. L'infection n'est possible que si la tique, d'une part, est restée fixée un certain temps à la peau et, d'autre part, était elle-même infectée. Tel est le cas d'environ 10% des tiques.

Les données scientifiques actuelles ne révèlent pas d'augmentation du nombre de cas. Tant les données du réseau des laboratoires vigies et du réseau des cabinets vigies que celles du résumé hospitalier minimum indiquent une stabilisation. Cette maladie continuera bien entendu à être suivie, mais il va de soi que les maladies transmises par des vecteurs augmenteront en raison des changements climatiques, de la circulation des personnes et des biens, de notre style de vie, de l'aménagement du territoire, de la gestion de la chasse, etc.

J'ai, à la demande de patients, demandé un avis à l'Institut scientifique de Santé publique. Une étude confirme par ailleurs que la maladie n'est pas transmise de la mère à l'enfant.

Une femme enceinte atteinte de la maladie de Lyme doit bien entendu être traitée.

Il existe déjà un traitement standard, mentionné dans les recommandations de la BAPCOC et du Sanford Guide, un ouvrage de référence international pour les traitements par antibiotiques, adapté à la Belgique. Un traitement antibiotique de longue durée n'est toutefois pas indiqué en cas de maladie de Lyme.

Comme en attestent des preuves scientifiques, la maladie est correctement traitée dans notre pays. La formation des médecins, je le répète, ne relève pas de mes compétences.

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *Je remercie la ministre pour sa réponse mais je voudrais quand même encore faire deux remarques.*

Il ressort d'une étude néerlandaise que 22% des tiques sont porteuses de la maladie de Lyme. Ce pourcentage ne serait que de 10% chez nous. Je me demande d'où vient la différence.

onderscheiden. Omdat we sinds enkele maanden een hernieuwde belangstelling voor de ziekte van Lyme vaststellen, zal het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid de informatie erover op zijn website updaten.

Een studie van het netwerk van peilpraktijken toont aan dat de meeste artsen de aanbevelingen voor de behandeling van de ziekte van Lyme kennen. Volgens deze studie werd bij 91% van de patiënten die zich aandienden met erythema migrans, onmiddellijk met een antibioticabehandeling gestart. Bij die klinische indicatie is een serologische test inderdaad niet aanbevolen. Meldt de patiënt zich aan zonder deze indicatie, maar met een voorgeschiedenis van een teek die minimaal 12 uur in zijn huid bleef vastzitten, of met onduidelijke symptomen op het moment van de raadpleging, dan is het nuttig om twee serologische tests uit te voeren met een interval van ten minste drie weken. Als de test positief is, toont dit aan dat de patiënt in aanraking is geweest met de bacterie en kan eventueel een behandeling worden opgestart, ook al behandelt men hier dan geen positieve serologie, maar wel de klinische symptomen. Besmetting is enkel mogelijk indien de teek een minimale tijdsduur in de huid heeft vastgezet en uiteraard zelf door de bacterie besmet was. Dat is het geval bij ongeveer 10% van de teken.

Uit de actuele wetenschappelijke informatie blijkt geen toename van het aantal gevallen. Zowel de gegevens van het netwerk van peillaboratoria en van het netwerk van peilpraktijken als van de minimale ziekenhuisgegevens wijzen op een stabilisering in het aantal gevallen. Alle systemen voor surveillance zullen de aandacht blijven volgen, want het spreekt vanzelf dat deze door vectoren overgedragen ziekten zullen toenemen door de klimaatverandering, het verkeer van personen en goederen, onze levensstijl, de inrichting van het grondgebied, het jachtbeheer enzovoort.

Op verzoek van patiënten heb ik het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid om advies gevraagd en een literatuurstudie bevestigt dat de ziekte niet wordt overgedragen van moeder op ongeboren kind.

Een zwangere vrouw met de ziekte van Lyme moet uiteraard wel worden behandeld.

Er bestaat reeds een standaardbehandeling voor de ziekte van Lyme. Ze staat vermeld in de aanbevelingen van de BAPCOC en de *Sanford Guide*, een internationaal naslagwerk voor de behandeling met antibiotica, aangepast voor België. Een langdurige antibioticabehandeling bij patiënten met de ziekte van Lyme is echter niet aangewezen.

In België wordt de ziekte volgens mij op een correcte manier behandeld. Wetenschappelijke bewijzen tonen dat aan. Ik herhaal dat de opleiding van artsen niet onder mijn bevoegdheden valt.

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – Ik dank de minister voor haar antwoord, maar heb er toch twee opmerkingen bij.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat 22% van de teken drager is van de ziekte van Lyme. Bij ons zou dat maar 10% zijn en dan vraag ik me af waar dat verschil vandaan komt.

In haar antwoord op een mondelinge vraag heeft de minister al eens gezegd dat de ziekte niet wordt overgedragen van

Dans sa réponse à une question orale, la ministre a indiqué que la maladie n'est pas transmise de la mère à l'enfant à naître mais nous avons trouvé des études qui démontrent clairement le contraire. Une étude de l'UCL, datant de 2000, montre que 75% des femmes enceintes qui souffrent de la maladie de Lyme et qui ne sont pas traitées, peuvent contaminer leur enfant. Si les mères sont traitées, le pourcentage diminue à 25%. Si l'enfant est contaminé, il naît avec la maladie ou une fausse couche se produit. D'autres études internationales le montrent également. Je fournirai les études à la ministre car il est important que nous nous basions sur des connaissances scientifiques.

**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 respect des législations relatives à
l'interdiction de fumer dans l'horeca et à la
vente d'alcool à des jeunes» (n° 5-4783)**

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Deux informations particulièrement interpellantes ont été mises en évidence par la presse ces derniers temps.

D'une part, il semblerait que l'interdiction de fumer dans l'Horeca ne soit pas respectée. En effet, un établissement contrôlé sur quatre aurait été pris en infraction.

D'autre part, l'interdiction de vente d'alcool à des moins de seize ou dix-huit ans selon le type de boissons ne serait pas non plus appliquée correctement. Ce sont surtout dans les distributeurs automatiques de boissons et dans les *night shops* que le SPF Santé publique a constaté des infractions.

Selon la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits et la loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public et à la protection des travailleurs contre la fumée du tabac, il incombe au SPF Santé publique de faire respecter ces deux interdictions. Comment compte-t-il améliorer l'application de ces législations ? Une augmentation des sanctions ou un contrôle par « *mystery shopping* » ne devraient-ils pas être envisagés ?

Comment est organisée la coopération avec le SPF Économie qui inspecte déjà les commerces pour faire respecter notamment la loi sur les pratiques de marché et la protection des consommateurs ?

Lors de l'échange d'informations entre les SPF Économie et Santé publique, un transfert de compétences a-t-il déjà été envisagé ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – L'interdiction de fumer, que 22% des cafés ne respectent pas, et l'interdiction de vente de boissons alcoolisées, ignorée dans 10% des cas, relèvent des priorités du service de contrôle

moeder op ongeboren kind, maar wij hebben wel studies gevonden die duidelijk het tegendeel aantonen. Een studie van de UCL uit 2000 toont aan dat 75% van de zwangere vrouwen met de ziekte van Lyme die niet worden behandeld, hun kind kan besmetten. Worden de moeders wel behandeld, dan daalt het percentage tot 25%. Wordt het kind besmet, dan wordt het met de ziekte geboren of treedt er een miskraam op. Ook andere internationale studies wijzen daarop. Ik zal de minister de studies bezorgen, want het is belangrijk dat we ons op wetenschappelijke kennis baseren.

**Vraag om uitleg van
de heer André du Bus de Warnaffe aan de
vice-eersteminister en minister van Sociale
Zaken en Volksgezondheid over «de
naleving van de wetgeving inzake het
rookverbod in de horeca en het verbod om
alcohol te verkopen aan jongeren»
(nr. 5-4783)**

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Onlangs verschenen in de pers twee verontrustende nieuwsberichten.

Ten eerste lijkt het rookverbod in de horeca niet te worden gerespecteerd. Bij een op de vier gecontroleerde zaken zou immers een inbreuk zijn vastgesteld.

Voorts zou ook het verbod op de verkoop aan min-zestienjarigen of min-achttienjarigen, al naargelang het soort drank, niet juist worden toegepast. Vooral bij de drankautomaten en de nachtwinkels heeft de FOD Volksgezondheid inbreuken vastgesteld.

Volgens de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de gebruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere produkten en de wet van 22 december 2009 betreffende een algemene regeling voor rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook is de FOD Volksgezondheid belast met het toezicht op de naleving van die twee verbodsbepalingen. Hoe denkt de FOD ervoor te zorgen dat die wetgeving beter wordt nageleefd? Moet er geen verhoging van de sancties of een controle door mysteryshoppers worden overwogen?

Hoe is de samenwerking met de FOD Economie georganiseerd? De FOD voert immers controles uit bij de handelaars in het kader van de wet op de handelspraktijken en de consumentenbescherming.

Werd er, bij de uitwisseling van gegevens tussen de FOD Economie en de FOD Volksgezondheid, reeds gedacht aan een overdracht van bevoegdheden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het rookverbod, dat 22% van de cafés niet naleven, en het verbod op de verkoop van alcoholische dranken, dat in 10% van de gevallen genegeerd wordt, behoort tot de prioriteiten van de*

antitabac et d'alcool du SPF Santé.

En cas d'infraction, le service de contrôle agit systématiquement. En 2013, il a dressé 2000 procès-verbaux pour non-respect de l'interdiction de fumer et plus de 200 procès-verbaux pour violation de l'interdiction de la vente d'alcool aux jeunes.

En dépit des efforts du service de contrôle, de nombreux commerçants ne veulent pas se conformer à la loi, même après avoir été condamnés par la Cour d'appel.

Le non-respect de la législation étant apparemment très lucratif pour le secteur, la modification de la loi du 24 janvier 1977 qui vous sera soumise jeudi en séance plénière prévoit d'augmenter la peine maximale par un facteur trois. Les cafetiers qui ne se conformeront pas à l'interdiction de fumer seront passibles d'une amende pouvant aller jusqu'à 5 500 euros. En outre, les contrôleurs pourront apposer des scellés sur les machines automatiques qui n'effectuent pas la vérification de l'âge.

L'objectif des législations sur le tabac et sur l'alcool étant de protéger la santé des citoyens, des enfants et des jeunes en particulier, le contrôle de leur respect constitue pour le SPF Santé une priorité. Cela ne fait pas débat.

Les contrôles effectués par le SPF Santé et le SPF Économie ne relèvent pas de la même législation. Les services du SPF Économie n'ont aucun pouvoir de contrôle lorsqu'il s'agit de vérifier le respect de la législation du 27 janvier 1977.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – C'est très clair, madame la ministre. Je vous remercie.

Demande d'explications de Mme Lies Jans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la nouvelle directive de l'INAMI relative au traitement de la neuropathie PIDC» (n° 5-4785)

Mme Lies Jans (N-VA). – *J'ai été confronté, dans mon entourage immédiat, à une neuropathie, la PIDC (polyradiculonévrite inflammatoire démyélinisante chronique). On estime à 350 à 450 le nombre de patients souffrant de cette maladie dans notre pays. Nous avons appris dans les médias que l'INAMI a promulgué de nouvelles directives relatives aux médicaments contre les neuropathies rares et chroniques comme la PIDC. Selon ces directives, en vigueur depuis le 1^{er} février, les patients doivent faire reconfirmer le diagnostic dans un centre de référence afin que leurs médicaments leur soient encore remboursés. Seuls les centres spécialisés des hôpitaux universitaires peuvent encore délivrer des prescriptions pour le traitement de la maladie.*

Cela signifie concrètement qu'un patient limbourgeois doit se déplacer à Louvain. Ce n'est pas un obstacle infranchissable en soi mais, à cause des longs délais, un patient peut attendre pendant plusieurs mois dans le meilleur des cas avant de pouvoir se rendre dans un tel centre. Entre-temps, selon les

Controledienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid.

Als een inbreuk wordt vastgesteld, treedt de controledienst altijd op. In 2013 heeft die dienst 2000 processen-verbaal opgesteld voor de niet-naleving van het rookverbod en meer dan 200 processen-verbaal voor de schending van het verbod op de verkoop van alcohol aan minderjarigen.

Ondanks de inspanningen van de controledienst willen veel handelaars zich niet schikken naar de wet, zelfs na een veroordeling door het hof van beroep.

Aangezien het voor de sector blijkbaar zeer winstgevend was om de wet niet na te leven, voorziet de wijziging van de wet van 24 januari 1977, die donderdag op de agenda staat van de plenaire vergadering van de Senaat, in een verdrievoudiging van de maximale boete. De caféhouders die zich niet aan het rookverbod houden, zullen veroordeeld kunnen worden tot een boete tot 5500 euro. Bovendien zullen de controleurs de automaten die geen leeftijdscontrole uitvoeren, kunnen verzegelen.

Aangezien de wetgeving op tabak en alcohol tot doel heeft de gezondheid van de burgers en vooral die van kinderen en jongeren te beschermen, vormt de controle op de naleving ervan een prioriteit voor de FOD Volksgezondheid.

De controles die de FOD Volksgezondheid en de FOD Economie uitvoeren, betreffen niet dezelfde wetgeving. De diensten van de FOD Economie hebben geen enkele controlebevoegdheid op het vlak van de naleving van de wetgeving van 27 januari 1977.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Dat is zeer duidelijk. Ik dank de minister voor haar antwoord.*

Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de nieuwe RIZIV-richtlijn rond de behandeling van de zenuwziekte CIDP» (nr. 5-4785)

Mevrouw Lies Jans (N-VA). – In mijn naaste omgeving werd ik geconfronteerd met de zenuwziekte CIDP. In ons land zouden naar schatting 350 tot 450 patiënten aan deze aandoening lijden. In de media vernamen we dat het RIZIV nieuwe richtlijnen heeft uitgevaardigd omtrent de medicatie voor zeldzame en chronische zenuwziekten als CIDP. Volgens die richtlijnen, die sinds 1 februari van kracht zijn, moeten de patiënten de diagnose laten herbevestigen in een expertisecentrum opdat hun geneesmiddelen nog worden terugbetaald. Enkel gespecialiseerde centra van universitaire ziekenhuizen mogen nog voorschriften uitschrijven voor de behandeling van de ziekte.

Concreet betekent dit dat een patiënt uit Limburg zich naar Leuven moet verplaatsen. Op zich geen onoverbrugbare hindernis, maar door lange wachttijden kan een patiënt in het beste geval pas over enkele maanden bij zo een expertisecentrum terecht. In die tussentijd kan hij volgens informatie van de behandelende neurologen niet geholpen worden.

informations des neurologues traitants, il ne peut être aidé.

La communication relative aux directives est mauvaise. Tant les centres de référence que les neurologues traitants affirment ne pas avoir été mis au courant des changements. En février, lorsque j'ai déposé ma demande d'explications, les six centres de référence neuromusculaires reconnus dans notre pays n'avaient encore reçu aucune information sur les nouvelles directives de l'INAMI. En d'autres termes, il y a une forte confusion.

La ministre connaît-elle ce problème ? Quelle approche convient-il ici de suivre ?

Est-il exact que les médicaments ne sont pas remboursés dans l'attente de la reconfirmation du diagnostic ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Depuis le 1^{er} janvier 2014, la réglementation a été adaptée dans le cadre d'une révision globale.*

Pour les indications de neuropathie motrice multifocale (NMM) et de polyradiculonévrite inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC), il y a désormais une condition pour le remboursement des immunoglobulines selon laquelle le diagnostic doit être posé par un centre de référence neuromusculaire (CRNM), reconnu par l'INAMI. Le médecin de ce centre est également chargé de remplir, préalablement à la facturation, le formulaire destiné à la pharmacie de l'hôpital.

Le remboursement du traitement peut chaque fois être prolongé pour une nouvelle période de six mois, à la condition qu'une nouvelle évaluation clinique se déroule dans un CRNM. Cela signifie concrètement que, pour les patients actuellement traités par immunoglobulines polyvalentes en administration intraveineuse pour les indications de NMM ou de PIDC, il faut une confirmation par un CRNM du diagnostic ou une réévaluation clinique de la nécessité de poursuivre le traitement et cela avant la fin de la validité de l'autorisation par l'organisme assureur.

Si la consultation dans un CRNM ne peut avoir lieu avant la date de fin de l'autorisation actuelle, la pharmacie de l'hôpital est autorisée, jusqu'au 1^{er} juillet 2014, à reporter la facturation pour « force majeure » jusqu'au moment où la consultation dans un CRNM a eu lieu. Les immunoglobulines polyvalentes en administration intraveineuse qui sont administrées entre la date de la fin de l'autorisation en cours et la consultation dans le CRNM, sont remboursées.

Je ne suis pas au courant de l'existence de listes d'attente importantes dans les CRNM et du fait qu'il ne serait pas possible d'examiner, de traiter et de suivre les patients dans un délai raisonnable, notamment pour renouveler la prescription de médicaments. Les centres de référence n'ont jamais signalé à l'INAMI un problème de listes d'attente.

Comme l'objectif est précisément de financer les centres de référence pour permettre un suivi continu multidisciplinaire des patients atteints de maladies neuromusculaires, ce phénomène de listes d'attente serait en contradiction avec l'esprit de l'accord. Tant qu'il n'y a pas de preuve claire du contraire, je pars du principe que les CRNM peuvent assurer dans les temps le renouvellement des prescriptions de

De communicatie over de richtlijnen verloopt gebrekkig. Zowel de expertisecentra als de behandelende neurologen zeggen dat ze niet op de hoogte werden gebracht van de veranderingen. De zes erkende neuromusculaire referentiecentra in ons land hadden in februari, toen ik mijn vraag indiende, nog geen informatie ontvangen over de nieuwe richtlijnen van het RIZIV. Er is met andere woorden veel verwarring.

Heeft de minister weet van deze problematiek en welke aanpak is hier aangewezen?

Is het juist dat de geneesmiddelen in afwachting van de herbevestiging van de diagnose niet worden terugbetaald?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Sinds 1 januari 2014 is de reglementering in het kader van een groepsgewijze herziening aangepast.

Voor de indicaties multifocale motorneuropathie (MMN) en chronische inflammatoire demyeliniserende polyneuropathie (CIDP) geldt voortaan als voorwaarde voor de terugbetaling van immunoglobulines dat de diagnose dient te worden gesteld in een neuromusculair referentiecentrum (NMRC) dat door het RIZIV erkend is. De arts van dit centrum moet ook vóór de facturatie het formulier invullen dat bestemd is voor de ziekenhuisapotheek.

De terugbetaling van de behandeling kan telkens worden verlengd voor een nieuwe periode van zes maanden, op voorwaarde dat er een nieuwe klinische evaluatie plaatsvindt in een NMRC. Dat betekent concreet dat voor patiënten die momenteel worden behandeld met polyvalente immunoglobulines voor intraveneuze toediening voor de indicaties MMN of CIDP, een NMRC voor het verstrijken van de huidige machtiging van de verzekeringsinstelling de diagnose moet bevestigen of klinisch moet evalueren of een verlenging van de behandeling noodzakelijk is.

Indien de consultatie in het NMRC niet kan plaatsvinden voor de einddatum van de actuele machtiging, dan mag de ziekenhuisapotheek tot 1 juli 2014 de facturatie "wegens overmacht" uitstellen tot op het moment dat de consultatie in het NMRC heeft plaatsgevonden. De polyvalente immunoglobulines voor intraveneuze toediening die in de periode tussen de einddatum van de actuele machtiging en de consultatie in het NMRC worden toegediend, worden vergoed.

Het is mij niet bekend dat er in de NMRC's lange wachtlijsten zijn, onder meer om het medicatievoorschrift te hernieuwen, waardoor men de patiënten niet binnen een redelijke termijn kan onderzoeken, behandelen en opvolgen. De referentiecentra hebben het RIZIV althans nooit gewezen op een probleem van wachtlijsten.

Aangezien het doel van de financiering van de referentiecentra precies is een continue multidisciplinaire opvolging van patiënten met neuromusculaire ziekten mogelijk te maken, zouden wachtlijsten botsen met het opzet van de overeenkomst. Zolang er geen duidelijke aanwijzingen van het tegendeel zijn, ga ik ervan uit dat de neuromusculaire referentiecentra een tijdige hernieuwing van de

médicaments.

Mme Lies Jans (N-VA). – *Je me réjouis qu'une mesure temporaire soit en vigueur jusqu'en juillet 2014 afin que les patients qui n'obtiennent pas un rendez-vous à temps ne doivent pas payer la facture qui peut s'élever jusqu'à 5 000 euros.*

Il y a manifestement une mauvaise communication. La mesure de l'INAMI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014 mais, en février, les journaux ont indiqué que le Pr Van Damme, du centre de référence de Louvain, n'était pas au courant de la mesure. J'espère qu'on pourra éviter cela à l'avenir.

Demande d'explications de Mme Lies Jans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la cigarette électronique» (n° 5-4838)

Mme Lies Jans (N-VA). – *Dans le passé, j'ai déjà posé à la ministre plusieurs questions relatives à la « cigarette pour enfants » et à la cigarette électronique.*

Depuis lors, nous avons appris que les cigarettes électroniques contenant de la nicotine tombent sous la définition d'un médicament parce que la nicotine est une substance possédant un effet pharmaceutique. Cela signifie qu'elles doivent être autorisées et qu'elles ne peuvent être vendues que dans les pharmacies. Les cigarettes électroniques sans nicotine sont de simples biens de consommation et peuvent être en vente libre. Elles ne peuvent toutefois contenir aucune substance nocive. Le fabricant a la responsabilité d'y veiller.

En février, la direction générale PRE-autorisation de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a indiqué qu'en Belgique, aucune cigarette électronique contenant de la nicotine n'avait jusqu'alors été agréée. Pourtant, plusieurs magasins proposeraient des cigarettes électroniques, y compris celles avec de la nicotine, sans aucune régulation. En d'autres termes, l'AFMPS ne serait pas assez équipée pour effectuer suffisamment de contrôles.

On peut en outre se demander si le grand public est suffisamment au courant de la réglementation relative aux cigarettes électroniques. Il semble que bon nombre de leurs utilisateurs dans notre pays ne savent pas que la vente libre de ces cigarettes n'est pas autorisée.

Ces dernières années, l'AFMPS a-t-elle procédé à des contrôles de la vente des cigarettes électroniques ? Quel est le résultat de ces contrôles ? Quelles sanctions impose-t-on en cas d'infraction ?

Est-il exact qu'aucune autorisation n'a été délivrée pour la vente de cigarettes électroniques contenant de la nicotine ? Si de telles autorisations ont bel et bien été données, quel est leur nombre ?

La ministre entreprendra-t-elle des démarches pour fournir des informations claires au grand public au sujet de la réglementation sur la cigarette électronique ?

medicatievoorschriften kunnen verzekeren.

Mevrouw Lies Jans (N-VA). – Ik ben blij dat er een tijdelijke maatregel is tot juli 2014, zodat de patiënten die niet tijdig een afspraak krijgen, de factuur, die kan oplopen tot 5000 euro, niet moeten betalen.

Er is blijkbaar wel een slechte communicatie. De maatregel van het RIZIV trad in werking op 1 januari 2014, maar in februari stond in de krant dat professor Van Damme van het referentiecentrum in Leuven niet op de hoogte was van de maatregel. Ik hoop dat dit in de toekomst kan worden vermeden.

Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de elektronische sigaret» (nr. 5-4838)

Mevrouw Lies Jans (N-VA). – In het verleden heb ik aan de minister al enkele vragen gesteld over de zogenaamde kindersigaret en de elektronische sigaret.

Ondertussen weten we dat e-sigaretten met nicotine onder de definitie van een geneesmiddel vallen, omdat nicotine een stof is met een farmaceutische werking. Dat betekent dat ze vergund moeten zijn en enkel in apotheken mogen worden verkocht. De e-sigaretten zonder nicotine zijn gewone consumptiegoederen en kunnen vrij verdeeld worden, al mogen ze op verantwoordelijkheid van de fabrikant geen schadelijke stoffen bevatten.

In februari zei het afdelingshoofd Vergunning bij het FAGG dat er in België voorlopig geen enkele e-sigaret met nicotine erkend is. Nochtans zouden verschillende winkels e-sigaretten aanbieden, ook de variant met nicotine, zonder enige regulering. Het FAGG zou met andere woorden niet voldoende slagkracht hebben om genoeg controles uit te voeren.

Daarnaast kan de vraag worden gesteld of het grote publiek voldoende op de hoogte is van de regelgeving betreffende de elektronische sigaretten. Het lijkt erop dat veel van de elektrische rokers in ons land niet weten dat de vrije verkoop van e-sigaretten niet toegestaan is.

Heeft het FAGG de afgelopen jaren controles op de verkoop van de elektronische sigaretten uitgevoerd? Wat is het resultaat van die controles? Welke sancties worden er opgelegd bij overtreding?

Werd er effectief nog geen enkele vergunning afgeleverd voor de verkoop van nicotinehoudende e-sigaretten? Indien er wel vergunningen werden uitgereikt, hoeveel?

Zal de minister stappen doen om duidelijke informatie aan het grote publiek te verschaffen over de regelgeving over de e-sigaret?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *On opère effectivement des contrôles sur la distribution des cigarettes électroniques. Il s'agit de contrôles systématiques des importations extra-européennes ainsi que de contrôles organisés à la suite de plaintes ou d'initiative.*

Lors d'actions thématiques, plus de 3 600 flacons de recharge et 1 250 capsules de recharge ont été saisis. Les contrôles des e-cigarettes envoyées par la poste – principalement des achats en ligne –, ont permis d'intercepter plus de 150 envois en 2013. Les actions thématiques ont été organisées par l'AFMPS en collaboration avec d'autres services publics concernés. Se posent non seulement les problèmes de statut comme médicament, mais aussi celui des résidus, ou encore la qualité des batteries.

En cas d'interception par les douanes, et en fonction de l'ampleur de la saisie, du risque pour la santé publique et de l'éventuelle récurrence, un avertissement est donné ou un procès-verbal est dressé. Sur le terrain, c'est la même tactique qui est utilisée. Comme il s'agit souvent de grandes quantités, c'est généralement un procès-verbal qui est dressé.

Aucun permis n'a encore été délivré pour la vente d'e-cigarettes avec nicotine.

Depuis le début de cette mode, j'ai accordé beaucoup d'attention à la communication au grand public. Les règles générales en matière d'e-cigarette sont disponibles depuis mai 2010 sur les sites de l'AFMPS et du SPF Santé publique. Cette communication, mise à jour en 2013, est bien relayée par la presse. Il reste cependant difficile d'atteindre tous les utilisateurs.

La nouvelle directive sur le tabac vient s'y ajouter. Elle contient un certain nombre de dispositions relatives à l'e-cigarette. En bref, les États membres peuvent choisir de considérer l'e-cigarette comme un médicament ou un produit. Dans ce dernier cas, la directive soumet la e-cigarette à diverses dispositions concernant la prévention d'intoxications accidentelles, la distribution et la publicité. En attendant la publication définitive de la directive, j'ai demandé à un groupe de travail d'analyser les différentes options et leur impact sur la santé publique.

**Demande d'explications de
Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre
et ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique sur «les centres spécialisés
dans le traitement de la maladie de Lyme»
(n° 5-4841)**

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *Aux Pays-Bas, on enregistre chaque année 22 000 tests positifs de Borrelia ; selon les services sanitaires belges, il y en aurait un millier dans notre pays. Ces chiffres laissent supposer que chez les patients belges, l'infection reste plus longtemps mal identifiée, voire*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Er worden wel degelijk controles uitgevoerd op de verspreiding van de elektronische sigaret. Het betreft zowel systematische controles op de import van buiten Europa als georganiseerde controles na klachten of meldingen en controles op eigen initiatief.*

In totaal werden tijdens thema-acties al meer dan 3600 navulfljesjes en 1250 navulcapsules in beslag genomen. Bij de controle op e-sigaretten in postzendingen – het betreft vooral aankopen via internet – werden in 2013 meer dan 150 postzendingen onderschept. De thema-acties werden georganiseerd door het FAGG in samenwerking met andere betrokken overheidsdiensten. Er is gebleken dat er niet alleen problemen zijn met het statuut als geneesmiddel, maar ook met de residuen of, bijvoorbeeld, met de kwaliteit van de gebruikte batterijen.

Wanneer de douane een zending onderschept, wordt, naargelang de omvang, het gevaar voor de volksgezondheid en eventuele recidive, een waarschuwing gegeven of een proces-verbaal opgesteld. Bij acties op het terrein wordt dezelfde tactiek toegepast. Aangezien het vaak om grote hoeveelheden gaat, wordt meestal een proces-verbaal opgesteld.

Er werd nog geen enkele vergunning uitgereikt voor de verkoop van nicotinehoudende e-sigaretten.

Sinds de e-sigaret op de markt is, heb ik veel aandacht besteed aan de communicatie met het grote publiek. De algemene regels inzake de e-sigaret staan al sinds mei 2010 op de website van het FAGG en van de FOD Volksgezondheid. De communicatie werd in 2013 geüpdatet en vrij goed opgepikt door de pers. Het blijft evenwel moeilijk om alle gebruikers te bereiken.

Momenteel komt daar de nieuwe EU-tabaksrichtlijn bij. Die richtlijn bevat een aantal bepalingen in verband met de e-sigaret. Kort samengevat kunnen de lidstaten ofwel kiezen om de e-sigaret als geneesmiddel te beschouwen ofwel als een product in het kader van de bepalingen van de richtlijn. In dat laatste geval zijn een aantal bepalingen van toepassing over het voorkomen van accidentele intoxicaties, distributie en reclame. In afwachting van de definitieve publicatie van de richtlijn heb ik een werkgroep gevraagd een analyse te maken van de verschillende opties en de impact op de volksgezondheid.

**Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen
aan de vice-eersteminister en minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid over
«de gespecialiseerde centra voor de
behandeling van de ziekte van Lyme»
(nr. 5-4841)**

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – *Jaarlijks zijn er in Nederland 22 000 positieve testen op Borrelia; volgens de Belgische volksgezondheidsdiensten zijn er dat in ons land jaarlijks een duizendtal. Deze cijfers doen vermoeden dat Belgische patiënten mogelijk langer zonder diagnose of met*

pas du tout. Chez eux, la maladie de Lyme est plus souvent diagnostiquée au stade 2 ou 3.

Des spécialistes et centres de traitement étrangers disposent de traitements spécifiques pour ces patients gravement invalides. La complexité du traitement exige des spécialistes bien formés, dont notre pays connaît une pénurie aux dires des patients belges.

Comment la ministre réagit-elle au constat que des patients gravement invalides aillent se faire traiter dans des centres spécialisés en Allemagne ?

En Belgique, existe-t-il des hôpitaux ou des centres universitaires spécialisés dans des cas complexes de maladie de Lyme aux stades 2 et 3 ? Dans l'affirmative, lesquels ?

Quel est leur protocole de traitement ?

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 recommandations belges en matière de traitement de la maladie de Lyme figurent dans les documents mentionnés en réponse à votre demande d'explications 5-4781. Le traitement y est clairement expliqué. Des alternatives sont également présentées selon les patients – par exemple, les enfants – ou selon des antécédents – par exemple, une allergie à certains antibiotiques. Il nous paraît opportun que la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) précise certains éléments dans ses recommandations, afin de ne pas laisser place à des pratiques de prescription erronée d'antibiotiques. En effet, certains médecins pourraient se laisser abuser par des informations non scientifiquement validées qui circulent ces derniers mois.*

La formation des médecins ne fait pas partie de mes compétences.

Il est regrettable que des patients, incorrectement informés, s'adressent à des médecins à l'étranger et se retrouvent avec des traitements d'antibiothérapie à long terme, dont les effets secondaires sont extrêmement délétères tant à titre individuel qu'au niveau de la santé publique. Ces traitements ne sont pas recommandés par nos experts. Il importe en effet de donner une information claire et basée sur des évidences scientifiques aux médecins afin qu'ils dissuadent leurs patients de faire appel à ce genre de pratiques.

En Belgique, nous disposons d'un centre national de référence pour la Borrelia. Ce centre, consortium entre l'UCL et la KU Leuven, peut apporter un soutien pour le diagnostic de toutes les formes de la maladie. Par ailleurs, les centres universitaires disposent tous de médecins spécialisés en maladies infectieuses.

Les centres se réfèrent aux recommandations officielles belges que j'ai évoquées dans ma réponse à la demande d'explications 5-4781 et au début de la présente réponse.

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *En Belgique, on semble nier obstinément le bien-fondé scientifique des tests et des traitements utilisés à l'étranger. L'Université Radboud de Nimègue réalise actuellement une étude. En 2012, une étude a également été menée en Allemagne. Je regrette que nous ne*

een foute diagnose rondlopen. Bij die patiënten wordt de ziekte van Lyme vaker in stadium 2 of 3 vastgesteld.

Buitenlandse specialisten en behandelingscentra hebben specifieke behandelingen voor deze zwaar invalide patiënten. De complexiteit van de dergelijke behandeling vraagt om een goede opleiding van de specialisten. Belgische patiënten duiden echter op een gebrek aan voldoende opgeleide specialisten in ons land.

Hoe staat de minister tegenover het feit dat zwaar invalide patiënten naar Duitse gespecialiseerde centra gaan om daar een behandeling te krijgen?

Zijn er in België ziekenhuizen of universitaire centra die zich specialiseren in complexe Lyme-gevallen van stadium 2 en 3? Zo ja, welke?

Wat is het behandelingsprotocol in deze centra?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De Belgische richtlijnen met betrekking tot de behandeling van de ziekte van Lyme staan in de documenten die ik in het antwoord op de vraag om uitleg 5-4781 vermeldde. De behandeling wordt daarin duidelijk uitgelegd. Er worden eveneens alternatieven aangereikt naargelang van de patiënten, bijvoorbeeld voor kinderen, of naargelang van de antecedenten, bijvoorbeeld in geval van allergie voor bepaalde antibiotica. We vinden het raadzaam bepaalde elementen in de richtlijnen te laten verduidelijken door de Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC) teneinde geen ruimte te laten voor fout voorschrijfgedrag van antibiotica. Sommige artsen zouden zich immers kunnen laten misleiden op basis van niet-wetenschappelijk gevalideerde informatie die de laatste maanden circuleert.*

De opleiding van artsen behoort niet tot mijn bevoegdheden.

Het valt te betreuren dat patiënten niet correct geïnformeerd worden en zich richten tot artsen buiten België en daardoor langdurige behandelingen met antibiotherapeutica ondergaan. De neveneffecten van deze behandelingen zijn zeer schadelijk zowel op individueel niveau als op het niveau van de volksgezondheid. Onze experts raden deze behandelingen niet aan. Het blijkt inderdaad noodzakelijk om een duidelijke informatie, gebaseerd op wetenschappelijke bewijzen, te verstrekken aan de artsen, zodat ze hun patiënten ontraden om een beroep te doen op deze praktijken.

In België is er een nationaal referentiecentrum voor Borrelia. Dit centrum, een consortium tussen de UCL en de KU Leuven, kan hulp bieden bij de diagnosestelling van alle vormen van de ziekte. Alle universitaire centra beschikken trouwens over artsen die gespecialiseerd zijn in infectieziekten.

De centra baseren zich op de officiële richtlijnen in België, waarnaar ik verwezen heb in het antwoord op vraag 5-4781 en in het begin van dit antwoord.

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – *In België ontkent men blijkbaar hardnekkig de wetenschappelijke gegrondheid van de testen en de behandelingen die in het buitenland worden gehanteerd. Op het moment loopt hierover een onderzoek aan de Radboud Universiteit Nijmegen. In Duitsland werd in 2012*

tenions pas compte de ces études scientifiques.

**Demande d'explications de
Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre
et ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique sur «les tests de détection
rapide de la bactérie provoquant la maladie
de Lyme» (n° 5-4842)**

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *J'ai appris qu'on trouve sur le marché des tests qui détectent rapidement si une tique est infectée par la Borrelia. La tique doit d'abord être extraite du corps, puis placée sur une bandelette et analysée. Les kits de test, vendus en pharmacie, sont simples à l'emploi et les résultats apparaissent clairement au bout de quelques minutes.*

Il est difficile d'utiliser ces tests chez les chiens, car ceux-ci portent trop de tiques. Chez les humains, le test est d'emploi facile.

Ces tests permettent une détection rapide de la bactérie, ce qui est essentiel pour la prévention, le traitement et la guérison.

La ministre dispose-t-elle de statistiques sur le nombre de tests rapides vendus en Belgique ?

Trouve-t-elle indiqué d'informer la population de l'existence de ces tests en vue de faciliter une prompt détection de la bactérie, ce qui optimalise les chances de succès de la prévention, du traitement et de la guérison ?

Estime-t-elle que ces tests peuvent constituer un instrument pour une meilleure prévention et détection ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Différents tests sont en effet sur le marché et vendus par certaines pharmacies. La validité de ces tests n'est cependant pas prouvée et, se renseignant sur celle-ci auprès d'une des firmes, le laboratoire de recherche et de référence sur les maladies à transmission vectorielle de l'hôpital militaire Reine Astrid a été informé que la firme concernée avait cessé de produire ce test en février dernier.*

À ce stade, l'utilisation de ces tests n'est pas recommandée pour diverses raisons. Premièrement, après une morsure par une tique contaminée par une Borrelia – environ 10% des cas –, il n'y a un risque de transmission que si la tique est restée accrochée au minimum 12 heures. Certains chercheurs estiment même qu'il faut 24 heures. Or, la notice d'utilisation du test mentionne que la tique doit être testée dans les 8 heures après l'attachement, ce qui rend ce test superflu.

Deuxièmement, il est en tout cas difficile d'interpréter le test si la personne a été mordue par une tique infectée. En outre, le risque de développer des symptômes est estimé à environ 1 à 2%, ce qui rendrait ce test inutile dans la majorité des cas. Un faux diagnostic risque d'être posé et une antibiothérapie risque d'être prescrite inutilement.

een onderzoek afgerond. Ik betreur dat we in België die wetenschappelijke studies naast ons neerleggen.

**Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen
aan de vice-eersteminister en minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid over
«de snelsten voor de opsporing van de
bacterie die de ziekte van Lyme
veroorzaakt» (nr. 5-4842)**

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – *Ik heb vernomen dat er snelsten op de markt zijn die aantonen of een teek besmet is met Borrelia. De teek moet eerst uit het lichaam worden verwijderd, waarna ze op de teststrips wordt geplaatst en door de sneltest wordt geanalyseerd. De tests zijn verkrijgbaar bij de apotheek, gemakkelijk te gebruiken en de resultaten zijn al na een paar minuten zichtbaar en duidelijk.*

Bij honden zijn dergelijke tests moeilijk te gebruiken omdat honden veel teken hebben. Bij mensen kan de test blijkbaar gemakkelijk worden gebruikt.

Dankzij de tests is een snelle opsporing van de bacterie mogelijk, wat belangrijk is voor een succesvolle preventie, behandeling en genezing.

Heeft de minister cijfergegevens over het aantal in België verkochte snelsten?

Vindt ze het een goede maatregel om de bevolking over het bestaan van die tests te informeren om zo een vroegtijdige opsporing van de bacterie te vergemakkelijken en de kansen op een succesvolle preventie, behandeling en genezing te optimaliseren?

Vindt ze dat de tests een instrument kunnen zijn voor een betere preventie en detectie?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Er zijn inderdaad verschillende tests op de markt en bepaalde apotheken verkopen ze. De validiteit van die tests is echter niet bewezen. Toen het onderzoeks- en referentielaboratorium aangaande de ziekten met vectoriële overdracht van het militair hospitaal Koningin Astrid zich bij een van de producenten informeerde, kreeg het te horen dat de betrokken firma sinds februari laatstleden de productie van de test had stopgezet.*

In dit stadium is het gebruik van de tests om verschillende redenen niet aanbevolen. Ten eerste bestaat na een beet door een teek die met Borrelia is besmet – ongeveer 10% van de gevallen – pas een risico op overdracht indien de teek minimum twaalf uur was vastgehecht. Volgens sommige onderzoekers is dat zelfs 24 uur. In de gebruiksaanwijzing van de test staat echter dat de teek moet worden getest binnen acht uren na de vasthechting, wat de test overbodig maakt.

Ten tweede is het sowieso moeilijk de test te interpreteren indien de persoon door een besmette teek werd gebeten. Bovendien ligt het risico om symptomen te ontwikkelen rond 1 tot 2%. De test is in de meerderheid van de gevallen dan ook nutteloos. Ook wordt mogelijk een foute diagnose gesteld en een nutteloze antibioticatherapie opgestart.

Troisièmement, il faut savoir que chaque test coûte 10 euros.

Le test ne permet donc pas une meilleure prévention ni une meilleure détection. La détection de la Borrelia dans la tique ne permet pas en effet de présager la transmission de la maladie.

De plus, il est déconseillé de démarrer un traitement sur la base de la présence de la Borrelia dans une tique retirée sur un patient. Si on ne découvre pas de Borrelia, cela peut donner un faux sentiment de sécurité car cela ne veut pas dire que le patient n'a pas été infecté. Si une bactérie Borrelia est détectée, cela ne signifie pas non plus que la personne est infectée, car la tique n'a peut-être pas eu le temps de la contaminer.

Étant donné la résistance accrue aux antibiotiques, nous plaiderons actuellement pour que l'antibiothérapie soit réservée aux indications spécifiques. Il serait inconséquent de commencer un tel traitement sur la base fragile de tests à détection rapide.

Des spécialistes, comme le professeur Volker Fingerle, se sont d'ailleurs prononcés sur l'inutilité de ces tests.

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'agrément des kinésithérapeutes» (n° 5-4875)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Après la suppression de l'épreuve de sélection, le système d'octroi de numéros INAMI provisoires et définitifs a également été levé. Une fois diplômé, le kinésithérapeute peut accéder à la profession, après avoir obtenu son numéro d'agrément et son visa auprès du SPF Santé publique et son numéro INAMI auprès du SPF Affaires sociales.

Il nous revient qu'au cours de l'année écoulée, l'octroi de ces éléments a tellement dérapé que tant les kinésithérapeutes eux-mêmes que les employeurs et les patients ont été confrontés à divers problèmes touchant à la légalité de l'activité professionnelle, à la rémunération et au remboursement des prestations. Ces incidents sont une conséquence directe de l'informatisation du système. La date de l'agrément est fixée au plus tôt au moment où les documents nécessaires arrivent au SPF Santé publique, ce qui signifie que de nombreux jeunes diplômés n'ont pas pu commencer immédiatement leurs activités professionnelles.

Avez-vous eu connaissance de ce problème ?

Pourriez-vous nous éclairer quant au délai que les jeunes diplômés doivent attendre avant de pouvoir entamer leurs activités professionnelles ?

Comptez-vous adapter la procédure d'accréditation qui s'applique aux kinésithérapeutes formés en Belgique, de manière à permettre aux jeunes diplômés de disposer immédiatement d'un numéro d'agrément définitif ?

Ten derde moet worden vermeld dat elke test 10 euro kost.

De test is geen goed instrument voor een betere preventie en detectie. De detectie van Borrelia bij de teek laat immers niet toe de overdracht van de ziekte te voorspellen.

Bovendien wordt niet aanbevolen om een behandeling op te starten op basis van de aanwezigheid van Borrelia in een teek die bij een patiënt werd verwijderd. Indien geen Borrelia wordt aangetroffen, betekent dat niet dat de patiënt niet is besmet, wat een vals gevoel van veiligheid zou geven. Indien wel Borrelia wordt aangetroffen, dan wil dat nog niet zeggen dat de persoon door de teek is besmet, want de teek heeft misschien niet de tijd gehad om te besmetten.

Ten gevolge van de verhoogde weerstand tegen antibiotica pleiten we er momenteel voor om pas een antibioticabehandeling te starten als er een specifieke aanwijzing is. Het zou dan ook inconsistent zijn om op de frêle basis die de snelst biedt, een dergelijke behandeling op te starten. Specialisten zoals professor Volker Fingerle hebben zich trouwens uitgesproken over de nutteloosheid van die tests.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de erkenning van de kinesitherapeuten» (nr. 5-4875)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Nadat de selectieproef werd afgeschaft werd ook het systeem van de toekenning van voorlopige en definitieve RIZIV-nummers opgeheven. Eens het diploma behaald, heeft een kinesitherapeut onmiddellijk toegang tot het beroep, na het verkrijgen van een erkenningsnummer van het RIZIV en een visum van de FOD volksgezondheid.

We hebben vernomen dat het afgelopen jaar de toekenning van die gegevens zo uit de hand is gelopen dat zowel de kinesitherapeuten zelf als de werkgevers en de patiënten problemen ondervonden in verband met de wettelijkheid van de beroepsactiviteit, de vergoeding en de terugbetaling van de prestaties. Die voorvallen zijn een rechtstreeks gevolg van de informatisering van het systeem. De datum van de erkenning wordt ten vroegste bepaald op het moment waarop de nodige documenten aankomen bij de FOD Volksgezondheid, wat betekent dat veel jonggediplomeerden niet onmiddellijk van start konden gaan met hun beroepsactiviteiten.

Is de minister op de hoogte van dat probleem?

Kan ze ons duidelijkheid geven over de termijn gedurende dewelke de jonggediplomeerden moeten wachten vooraleer ze hun beroepsactiviteit kunnen starten?

Is ze van plan de accrediteringsprocedure voor de kinesitherapeuten die in België zijn opgeleid aan te passen, zodat de jonggediplomeerden onmiddellijk over een definitief erkenningsnummer kunnen beschikken?

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 plaintes ont en effet été enregistrées auprès du SPF Santé publique concernant le délai de traitement des demandes d'agrément des kinésithérapeutes.

En accord avec la commission d'agrément compétente, il a été décidé qu'un délai maximum de dix jours calendrier était laissé à l'administration pour l'analyse et l'octroi de ces demandes.

Sur les 1 319 kinésithérapeutes diplômés en 2013, 1 312 ont introduit leur demande d'agrément et 80% des dossiers ont été traités dans un délai n'excédant pas les sept jours calendrier.

Pour rappel, conformément à l'arrêté royal du 15 avril 2002 relatif à l'agrément en qualité de kinésithérapeute et à l'agrément des titres des qualifications particulières, la demande d'agrément en qualité de kinésithérapeute est adressée par l'intéressé au ministre de la Santé publique qui transmet le dossier de la demande, aux fins d'avis, à la chambre compétente de la commission d'agrément, laquelle dispose d'un délai de trente jours pour se prononcer sur la demande d'agrément. L'administration, quant à elle, dispose de trente jours pour notifier les avis motivés de la chambre au ministre et au demandeur. Vous constaterez que l'administration est bien en deçà de ces délais légaux.

Enfin, je signalerai que les kinésithérapeutes qui ont obtenu un agrément du SPF reçoivent automatiquement et sans délai un numéro INAMI. Le SPF transmet chaque semaine à l'INAMI la liste des kinésithérapeutes nouvellement agréés mais la date de validité du numéro INAMI est la même que la date d'agrément par la commission d'agrément du SPF Santé publique. En aucun cas un kinésithérapeute ne peut obtenir un numéro INAMI s'il n'a pas reçu l'agrément du SPF Santé publique. Comme les kinésithérapeutes ne sont plus soumis à un examen, le numéro INAMI obtenu est définitif.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Vous me dites, madame la vice-première ministre, que 80% des kinésithérapeutes qui ont accédé à la profession ont pu obtenir leur numéro d'agrément et leur visa dans les délais. Cela signifie donc que 20% d'entre eux n'ont pas été dans ce cas, ce qui représente tout de même 250 diplômés.

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 délai prévu est de dix jours. Les 80% dont j'ai parlé ont obtenu l'agrément et le visa dans un délai inférieur à sept jours.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Cela signifie-t-il que les 20% restants l'ont obtenu dans les délais prévus ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Dans les plus brefs délais, après que je sois informée.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De FOD Volksgezondheid heeft inderdaad klachten ontvangen over de behandelingstermijn voor de erkenningsaanvragen van kinesitherapeuten.

In overleg met de bevoegde erkenningscommissie werd beslist dat de administratie maximum tien kalenderdagen krijgt voor de behandeling van die aanvragen.

Van de 1319 gediplomeerde kinesitherapeuten in 2013 hebben er 1312 een erkenningsaanvraag ingediend en 80% van de dossiers werden behandeld binnen een termijn van zeven kalenderdagen.

Overeenkomstig het koninklijk besluit van 15 april 2002 betreffende de erkenning als kinesitherapeut en de erkenning van bijzondere beroepstitels en bijzondere bekwaamheden, wordt de aanvraag tot erkenning als kinesitherapeut door de belanghebbende gericht aan de minister van Volksgezondheid, die het aanvraagdossier voor advies doorzendt naar de bevoegde kamer van de erkenningscommissie. Die laatste beschikt over een termijn van dertig dagen om zich uit te spreken over de erkenning. De administratie beschikt over dertig dagen om de gemotiveerde adviezen van de kamer aan de minister en de aanvrager te notificeren. De administratie blijft dus duidelijk ver onder die wettelijke termijnen.

De kinesitherapeuten die een erkenning van de FOD hebben gekregen, krijgen automatisch en onverwijld een RIZIV-nummer. De FOD stuurt wekelijks de lijst met de nieuw erkende kinesitherapeuten naar het RIZIV, maar de geldigheidsdatum van het RIZIV-nummer is dezelfde als de datum van erkenning door de erkenningscommissie van de FOD Volksgezondheid. Een kinesitherapeut kan in geen geval een RIZIV-nummer krijgen als hij geen erkenning van de FOD Volksgezondheid heeft gekregen. Aangezien de kinesitherapeuten geen examen meer moeten afleggen, krijgen ze onmiddellijk een definitief RIZIV-nummer.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – De minister zegt dat 80% van de kinesitherapeuten hun erkenningsnummer en hun visum binnen de termijn hebben gekregen. Dat betekent dat zulks niet het geval was voor 20% onder hen, of 250 gediplomeerden.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De termijn is bepaald op tien dagen. De 80% die ik heb vermeld, hebben hun erkenning en visum binnen de zeven dagen gekregen.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Betekent dit dat de overige 20% ze binnen de vastgestelde termijn heeft gekregen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Zo vlug mogelijk, volgens wat ik heb vernomen.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Vous avez donc donné des directives très claires dès que vous avez eu connaissance du problème ?

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – J'en conclus que l'ensemble de la procédure est désormais en ordre.

Je signalais en outre des problèmes relatifs à la rémunération et au remboursement des prestations. Je suppose que tout cela est réglé également.

Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de listes noires dans les centres psychiatriques» (n° 5-4853)

Mme Helga Stevens (N-VA). – *Le journal De Morgen a récemment annoncé que des listes noires circulaient dans les centres psychiatriques. Certains hôpitaux ou centres psychiatriques refuseraient d'hospitaliser certaines personnes souffrant d'un problème psychiatrique, pour diverses raisons, par exemple, un comportement rebelle, des incidents antérieurs, voire une facture impayée pour une admission précédente. Il est inquiétant que ce soit précisément les personnes ayant les plus graves problèmes, donc, les plus vulnérables, qui soient systématiquement refusées, celles qui ont naturellement besoin d'une aide psychiatrique.*

M. Roel De Cuyper, directeur du Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge où les « patients difficiles » peuvent encore être admis, explique le problème comme suit : *quelques centres appliquent des règles précises en matière d'exclusion. Les patients ne peuvent pas être trop agressifs ou rebelles, le traitement doit fonctionner... Il ajoute que finalement, il faut être en bonne santé pour se retrouver en psychiatrie, alors que les personnes concernées sont très malades. Les patients les plus vulnérables doivent eux aussi obtenir une place pour être soignés.*

Je ne pourrais mieux dire. Il n'est pas normal que l'on refuse d'hospitaliser un patient et que son passé continue à le poursuivre. Il s'agit en outre de personnes très instables et souvent, il faut que la situation dégénère avant qu'elles puissent se faire entendre. S'ensuit alors l'internement, une situation souvent sans issue pour les intéressés. Les internés ne bénéficient quasiment pas d'un accompagnement psychiatrique.

Il est étrange de devoir constater que ce sont précisément les patients souffrant des problèmes psychiatriques les plus graves qui sont les premiers à être exclus de l'aide spécialisée. Peut-être cela explique-t-il l'augmentation du nombre d'internés.

La ministre sait-elle que les infrastructures psychiatriques utilisent des listes noires pour refuser les patients difficiles ? N'est-ce pas là une violation du principe de non-discrimination ? Qu'en est-il du droit d'accès aux soins

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Heeft de minister dan zeer duidelijke richtlijnen gegeven zodra ze op de hoogte was van het probleem?*

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik besluit daaruit dat de hele procedure nu in orde is.*

Ik heb ook problemen vermeld in verband met de vergoeding en de terugbetaling van de prestaties. Ik veronderstel dat ze ook allemaal zijn opgelost.

Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van zwarte lijsten in de psychiatrische centra» (nr. 5-4853)

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – *De krant De Morgen meldde recent dat in de psychiatrische centra zwarte lijsten circuleren. Sommige psychiatrische ziekenhuizen of centra zouden bepaalde personen met een psychiatrische problematiek om diverse redenen weigeren op te nemen. Het kan gaan om weerbarstig gedrag of om feiten uit het verleden tot zelfs een achterstallige factuur voor een eerdere opname. Verontrustend is dat juist personen met de zwaarste problematieken, dus de meest kwetsbare personen, stelselmatig worden geweigerd. Net zij hebben uiteraard nood aan psychiatrische ondersteuning.*

De heer Roel De Cuyper, directeur van het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge waar 'lastige patiënten' nog terechtkunnen, beschrijft het probleem als volgt: "Enkele centra hanteren heel duidelijke exclusiecriteria. Patiënten mogen niet te agressief of weerbarstig zijn, de behandeling moet aanslaan ... Op den duur moet je wel heel erg gezond zijn om in de psychiatrie te belanden, terwijl het hier om erg zieke mensen gaat. Ook de meest kwetsbare patiënten moeten een plaats krijgen om behandeld te worden."

Beter kan ik het zelf niet verwoorden. Het kan niet dat men weigert iemand op te nemen en dat bovendien zijn of haar verleden hem of haar blijft achtervolgen. Bovendien gaat het om mensen die al zeer labiel zijn en vaak moet de situatie eerst helemaal uit de hand lopen alvorens ze gehoor vinden. Dan volgt internering, een voor de betrokkenen vaak uitzichtloze situatie. Geïnterneerden krijgen immers nauwelijks psychiatrische begeleiding.

Het is vreemd te moeten vaststellen dat juist de zwaarste psychiatrische patiënten steeds meer als eerste bij de gespecialiseerde hulpverlening uit de boot vallen. Misschien is dat wel de verklaring voor het stijgende aantal geïnterneerden.

Is het de minister bekend dat psychiatrische voorzieningen werken met zwarte lijsten om lastige patiënten te weren? Is dat geen schending van het non-discriminatiebeginsel? Wat met het recht op toegang tot geestelijke gezondheidszorg? Wat met hun privacy?

de santé mentale ? Qu'en est-il de la protection de la vie privée de ces patients ?

Comment cela est-il conciliable avec les subsides octroyés par les communautés à ces centres ? Le réseau Zorgnet a clairement fait savoir que l'on ne pouvait pas refuser des patients. Qu'en pense la ministre ?

Qu'entreprendra la ministre pour combattre l'utilisation de listes noires ? Existe-t-il un point de contact où les patients psychiatriques ou leurs personnes de confiance peuvent signaler qu'un établissement a refusé leur admission ?

Des données sont-elles disponibles sur les personnes refusées en psychiatrie et les raisons du refus ?

Existe-t-il un lien entre le refus de patients psychiatriques et l'augmentation du nombre d'internés au cours de ces dernières années ? Existe-t-il un rapport avec la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques ?

Comment la ministre s'attaquera-t-elle à ce problème ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Si certains services psychiatriques utilisent des listes noires pour refuser des patients difficiles, cela doit être fermement condamné. Chacun a droit à des soins de santé mentale et ce, sans la moindre discrimination.*

Si une instance judiciaire désigne un établissement psychiatrique pour l'admission forcée d'un patient, l'établissement ne peut refuser. La loi prévoit des sanctions au cas où la décision judiciaire ne serait pas exécutée conformément à la législation.

Un médecin ne peut en aucun cas refuser de dispenser des soins médicaux urgents et il est tenu de se conformer aux ordres de réquisition. L'article 422ter du Code pénal contient une définition spécifique du délit d'abstention coupable pour les prestataires de soins réquisitionnés.

Je ne suis toutefois pas compétente en ce qui concerne l'agrément des lits ; les services d'inspection des régions et communautés contrôlent les normes et octroient ou suppriment les agréments.

Actuellement, les patients psychiatriques ou leurs personnes de confiance peuvent signaler au service fédéral de médiation Droits du patient de mon administration qu'un établissement a refusé de les hospitaliser. Ce service est chargé de renvoyer les plaintes des patients relatives à l'exercice de leurs droits vers le service de médiation local compétent. S'il n'en existe pas, le service de médiation fédéral doit traiter la plainte lui-même.

Il n'y a pas de chiffres disponibles quant au nombre de personnes refusées en psychiatrie et aux raisons de refus.

Selon moi, on ne peut pas constater le moindre lien de causalité entre le refus de patients psychiatriques et l'augmentation du nombre d'internés ces dernières années.

La diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques n'a en effet aucune influence sur ce plan. Ces lits ne sont pas supprimés en vertu de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, mais un certain nombre sont mis hors d'usage. Les hôpitaux

Hoe valt dat te rijmen met de subsidies die deze centra van de gemeenschappen ontvangen? Zorgnet liet in een reactie formeel weten dat patiënten weigeren niet kan. Wat denkt de minister hiervan?

Wat zal de minister ondernemen om het gebruik van zwarte lijsten tegen te gaan? Bestaat er een meldpunt waar psychiatrische patiënten of hun vertrouwenspersonen kunnen melden dat een instelling geweigerd heeft ze op te nemen?

Zijn er gegevens beschikbaar van in de psychiatrie geweigerde personen en van de redenen van de weigering?

Is er een verband tussen het weigeren van psychiatrische patiënten en de toename van het aantal geïnterneerden de afgelopen jaren? Hangt dat samen met de afbouw van het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen? Hoe zal de minister dat probleem aanpakken?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Als een aantal psychiatrische voorzieningen met zwarte lijsten werken om lastige patiënten te weren, moet dat krachtig worden veroordeeld. Eenieder heeft het recht op geestelijke gezondheidszorg en dat zonder enige discriminatie.

Als een gerechtelijke instantie een psychiatrische instelling aanwijst om een patiënt gedwongen op te nemen, kan de instelling die patiënt niet weigeren. De wet voorziet in sancties ingeval de gerechtelijke beslissing niet overeenkomstig de wetgeving wordt uitgevoerd.

Een arts kan in geen geval weigeren dringende medische zorg te verstrekken en is bovendien gehouden een opvolgingsbevel na te leven. Artikel 422ter van de Strafwet bevat een specifieke omschrijving van het misdrijf schuldig hulpverzuim op maat van hulpverleners die worden opgevorderd.

Voor de erkenning van zorgplaatsen ben ik echter niet bevoegd; de inspectiediensten van de gemeenschappen of de gewesten controleren de normen en kennen goedkeuringen toe of trekken ze in.

Momenteel kunnen psychiatrische patiënten of hun vertrouwenspersonen bij de federale ombudsdienst Rechten van de patiënt van mijn administratie melden dat een instelling geweigerd heeft ze op te nemen. De dienst is bevoegd om een klacht van een patiënt in verband met de uitoefening van zijn rechten door te verwijzen naar de bevoegde lokale ombudsdienst. Is er geen bevoegde lokale ombudsdienst, dan behandelt de federale ombudsdienst de klacht zelf.

Er zijn geen cijfergegevens beschikbaar van in de psychiatrie geweigerde personen en van de redenen van weigering.

Enig causaal verband tussen de zogenaamde weigering van psychiatrische patiënten en de toename van het aantal geïnterneerden de afgelopen jaren valt volgens mij niet vast te stellen.

De afbouw van het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen heeft hierop immers geen invloed. Die bedden

psychiatriques qui procèdent de la sorte obtiennent une garantie budgétaire. En outre, les établissements ou services psychiatriques qui participent à un projet « article 107 » et ont conclu à cet effet une convention avec l'INAMI, obtiennent dans le cadre de leur budget des moyens financiers, un budget fonctions de soins pour l'ensemble du réseau, pour lequel ils ont dû conclure une convention de redistribution avec les différents partenaires du réseau. L'article 107 prévoit dès lors une technique de financement permettant de consacrer les fonds à une autre destination. Pour les projets sélectionnés, les établissements peuvent disposer d'un certain budget, entre autres pour le financement du coordinateur de réseau et la création d'équipes mobiles, en tant qu'alternative à d'éventuelles hospitalisations. La première évaluation du projet démontre que grâce aux équipes mobiles, le nombre de personnes pouvant bénéficier d'une prise en charge a augmenté.

Mme Helga Stevens (N-VA). – *Je voudrais néanmoins insister pour que l'on mène une enquête approfondie à ce sujet. Les journaux évoquent quand même ces refus et listes noires.*

Je pense pour ma part qu'il y a un lien avec l'augmentation inquiétante du nombre d'internés. Je ne puis pas démontrer aujourd'hui le lien de cause à effet, mais il mérite quand même aussi un examen approfondi.

Demande d'explications de Mme Fauzaya Talhaoui à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de numéros de téléphone payants pour les appels vers les services de garde de soins du premier échelon» (n° 5-4974)

Mme Fauzaya Talhaoui (sp.a). – *Les services de garde des dispensateurs de soins du premier échelon – les médecins généralistes, les pharmaciens et les dentistes – utilisent les numéros payants 0900 et même les numéros coûteux 0903. Il s'agit de numéros payants frappés d'une surtaxe de 0,50 ou 1,50 euro par minute, utilisés entre autres par certains prestataires de services douteux.*

Dans sa réponse à une question parlementaire de 2010, la ministre Onkelinx a indiqué que les dispensateurs de soins du premier échelon sont légalement tenus d'organiser un service de garde qui garantit la continuité des soins. La ministre n'a cependant rien dit des mesures à prendre pour éviter que certaines catégories fragiles de patients ne soient exclues de ce service.

J'ai lu dans un journal du 10 février 2012 qu'une étude établit que les urgences voient arriver davantage de bénéficiaires d'un remboursement majoré, soit 24,7%, contre 17% chez les généralistes. Manifestement, les gens aux revenus modestes ne téléphonent pas au service de garde mais se rendent aux urgences hospitalières. La même conclusion vaut pour les services de garde des pharmaciens. Après enquête, il s'avère que ces personnes tentent d'obtenir aux urgences des médicaments pour le week-end.

worden krachtens artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen niet afgeschaft, wel wordt een aantal ervan buiten gebruik gesteld. Psychiatrische ziekenhuizen die dat doen, ontvangen een begrotingsgarantie. Daarnaast ontvangen psychiatrische instellingen of diensten die deelnemen aan een project artikel 107 en die daartoe een overeenkomst met het RIZIV hebben gesloten, op hun middelenbegroting een budget voor zorgfuncties voor het gehele netwerk, waarvoor ze met de verschillende partners van het netwerk een herverdelingsovereenkomst hebben moeten sluiten. Artikel 107 voorziet dus in een financieringstechniek die het mogelijk maakt de gelden anders aan te wenden. Voor de geselecteerde projecten kunnen de instellingen beschikken over een bepaald budget voor onder andere de financiering van de netwerkcoördinator en de creatie van mobiele teams als alternatief voor eventuele ziekenhuisopnames. De eerste evaluatie van het project toont aan dat dankzij de mobiele equipes meer personen verzorging krijgen dan voorheen het geval was.

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – Ik dring er toch op aan een en ander nader te onderzoeken. De kranten berichten tenslotte over die weigeringen en zwarte lijsten.

Persoonlijk denk ik dat de zorgwekkende toename van het aantal geïnterneerden hiermee verband houdt. Het causale verband kan ik vandaag weliswaar niet aantonen, maar toch verdient ook dit nader onderzoek.

Vraag om uitleg van mevrouw Fauzaya Talhaoui aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van betalende telefoonnummers voor oproepen naar de wachtdiensten van eerstelijnszorgverstrekkers» (nr. 5-4974)

Mevrouw Fauzaya Talhaoui (sp.a). – De wachtdiensten van de eerstelijnszorgverstrekkers – huisartsen, apothekers en tandartsen – maken gebruik van betalende nummers van het type 0900 en zelfs van het dure type 0903. Dat zijn betalende nummers met een toeslag van 0,50 of 1,50 euro per minuut, die onder meer worden gebruikt door sommige dubieuze dienstverleners.

Uit het antwoord op een parlementaire vraag aan de minister in 2010 blijkt dat de wetgeving de eerstelijnszorgverstrekkers de verplichting oplegt een wachtdienst te organiseren die de continuïteit van de zorg garandeert. De minister zegde echter niets over maatregelen om te voorkomen dat bepaalde zwakke categorieën van patiënten worden uitgesloten van die dienstverlening.

In een krant van 10 februari 2012 las ik dat uit onderzoek bleek dat de spoedafdelingen aanzienlijk meer mensen over de vloer kregen die recht hebben op een verhoogde terugbetaling van medische kosten: 24,7% tegenover 17% bij de huisarts. Het is overduidelijk dat mensen met een laag inkomen niet de wachtdienst bellen, maar de spoedafdeling van het ziekenhuis opzoeken. Deze conclusie geldt overigens ook voor de wachtdienst van apothekers. Bij navraag blijkt dat deze mensen proberen medicijnen voor het weekend mee

Les associations de lutte contre la pauvreté concluent de cette enquête que le coût de l'appel téléphonique empêche de facto les personnes à faibles revenus de s'adresser au service de garde des soins du premier échelon.

La ministre est-elle disposée, en concertation avec les instances et les organisations professionnelles compétentes, à mettre en place un numéro gratuit ou à trouver une autre solution qui permette aux patients économiquement faibles de faire appel, en cas d'urgence, aux services de garde des dispensateurs de soins du premier échelon ?

La ministre a confirmé l'intention du gouvernement d'instaurer un système d'appel d'urgence unifié pour les médecins généralistes ; il s'agit du projet 1733.

La ministre a aussi confirmé que les cercles de médecins généralistes peuvent obtenir des subsides pour les systèmes d'appel mais elle n'a pas dit qu'ils devaient être gratuits. La ministre a encore confirmé que le coût d'un appel d'aide médicale ou autre ne devrait plus excéder celui d'une communication zonale. Ainsi, le prix d'un appel au 1733 serait celui d'une communication zonale. La ministre a averti qu'une éventuelle gratuité à court terme était impossible étant donné le contexte budgétaire très difficile.

J'avais préparé une proposition de loi sur ce thème mais, étant donné que la législature touche à sa fin, j'aimerais savoir où en est le projet 1733.

Les cercles de médecins et de pharmaciens seront-ils subsidiés, comme c'est le cas à Anvers, pour l'organisation d'un service de garde avec des systèmes d'appel qui utilisent un numéro payant de type 0900, 0901, 0902 ou 0903 ?

Pourquoi des mesures n'ont-elles pas été prises à l'encontre des cercles qui utilisent ces numéros payants 0900, 0901, 0902 ou 0903 ou qui ne peuvent pas être contactés pour le prix d'une communication zonale ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Les services qui répondent à certaines conditions imposées par l'INAMI peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention financière s'ils organisent leur garde par le biais d'un numéro d'appel unifié. Malheureusement, les conditions à l'obtention d'un subside n'excluent pas l'organisation d'un système d'appel unifié utilisant des numéros d'appel payants. La question posée est très intéressante, et j'ai demandé à l'INAMI de formuler à bref délai une proposition à ce sujet.*

J'ai l'intention de garantir l'accessibilité des soins à tous les citoyens de ce pays. Le projet 1733 est un bon moyen pour arriver à une solution. Le coût d'un appel au numéro 1733 est celui d'une communication zonale. J'ai pu dégager un montant de trois millions d'euros pour la généralisation du numéro d'appel 1733 en Belgique. Dans le cadre de ce projet, les premiers entretiens ont eu lieu avec le Kringloket, l'organisation faitière pour la Flandre.

Le projet 1733 met à la disposition des services de garde un certain nombre d'instruments, mais nous ne pouvons pas

te krijgen van de spoedafdeling.

De conclusie van het onderzoek door de armoedeverenigingen is dat de mensen met een laag inkomen de facto zijn uitgesloten van het gebruik van de wachtdienst van de eerstelijnszorg, omdat het telefoongesprek onbetaalbaar is.

Is de minister bereid om in overleg met de bevoegde instanties en de betrokken beroepsorganisaties een gratis nummer ter beschikking te stellen of een andere oplossing te vinden opdat patiënten met een laag inkomen bij een spoedgeval niet langer worden uitgesloten van de toegang tot de wachtdienst van de eerstelijnszorgverstrekkers.

De minister bevestigde het voornemen van de regering om een eenvormig oproepsysteem voor huisartsen in te voeren, namelijk het project 1733.

De minister bevestigde ook dat huisartsenkringen subsidies kunnen ontvangen voor oproepsystemen, maar niet dat ze gratis moeten zijn. De minister bevestigde eveneens dat een oproep voor hulpverlening aan huisartsen of andere niet meer zou mogen kosten dan een zonaal gesprek. Zo zou de kost van 1733-oproepen inderdaad beperkt zijn tot de prijs van een zonaal telefoongesprek. De minister waarschuwde dat een eventuele kosteloosheid op korte termijn niet tot de mogelijkheden behoort, gelet op de heel moeilijke budgettaire context.

Ik had een wetsvoorstel over deze aangelegenheid voorbereid, maar aangezien de legislatuur bijna ten einde loopt, zou ik graag vernemen hoever het project 1733 inmiddels gevorderd is.

Worden artsen- en apothekerskringen, zoals die in Antwerpen, gesubsidieerd voor de organisatie van een wachtdienst met oproepsystemen die gebruik maken van een betalend nummer van het type 0900, 0901, 0902 of 0903?

Waarom werden geen maatregelen genomen tegen kringen die betalende nummers van het type 0900, 0901, 0902 of 0903 gebruiken of die niet bereikbaar zijn voor de prijs van een normaal zonaal gesprek?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Kringen die voldoen aan bepaalde, door het RIZIV opgelegde voorwaarden, kunnen in aanmerking komen voor een financiële tussenkomst indien zij hun wacht organiseren via een eenvormig oproepnummer. Spijtig genoeg bepalen de voorwaarden tot het verkrijgen van een subsidie momenteel niet dat de organisatie van het eenvormig oproepnummer niet via de speciale betalende oproepnummers mag verlopen. De gestelde vraag is zeer interessant en ik heb aan het RIZIV gevraagd om hierover op korte termijn een voorstel te formuleren.*

Het is mijn betrachting om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen voor alle burgers van dit land. Het project 1733 is het geschikte vehikel om tot een oplossing te komen. Een oproep naar het nummer 1733 kost evenveel als een zonaal gesprek. Ik heb een bedrag van 3 miljoen euro kunnen vrijmaken voor de veralgemening van het oproepnummer 1733 in België. In het kader van dit project werden de eerste gesprekken gevoerd met het Kringloket, de overkoepelende organisatie voor Vlaanderen.

obliger ces services à utiliser ces instruments. Légalement, ce sont les services eux-mêmes qui sont compétents pour l'organisation de leur garde. Nous espérons cependant qu'une grande partie des services de garde seront rapidement raccordés au numéro 1733. Dans une première phase, il s'agira d'un simple transfert téléphonique de l'appel, sans triage. Mais, durant cette première phase, le problème des numéros payants peut déjà être résolu. Dès que le personnel nécessaire aura été recruté et que l'infrastructure technique nécessaire aura été installée dans les centres 112, nous pourrons généraliser le triage et offrir cet outil à l'ensemble des services de garde.

À plus long terme, le numéro d'appel européen 116/117 remplacera le numéro 1733. Ce sera un numéro gratuit.

Mme Fauzaya Talhaoui (sp.a). – *Je note que la ministre a déjà beaucoup progressé dans ce dossier.*

Garantir l'accès aux soins de santé est non seulement le souhait de la ministre mais c'est aussi celui de chacun d'entre nous. Les personnes vivant dans la pauvreté doivent pouvoir compter sur des premiers secours accessibles et peu coûteux.

J'espère que l'INAMI fera le nécessaire à cet égard.

Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la maladie de Lyme et le don de sang» (n° 5-4889)

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *Des patients atteints de la maladie de Lyme ont attiré mon attention sur des imprécisions dans la politique menée par la Croix-Rouge. Le sang est un élément essentiel dans la maladie de Lyme. Pourtant, on ne trouve guère d'informations claires quant à la politique menée en matière de dons de sang par rapport à la maladie de Lyme.*

La Croix-Rouge indique sur son site que les personnes chez qui la tique a été enlevée dans les 24 heures peuvent continuer à faire des dons de sang. Si ce n'est pas le cas, ils doivent attendre trois mois avant de faire un don de sang.

Les études indiquent que la moitié des personnes infectées ne se souviennent pas avoir été mordues par une tique.

La Croix-Rouge ne fournit aucune information quant aux personnes qui sont atteintes de la variante chronique de la maladie de Lyme. On recommande à ces personnes de ne pas donner leur sang. Pourtant la maladie peut être présente dans l'organisme de façon asymptomatique et les patients peuvent en être atteints sans en être conscients et donner leur sang avec les meilleures intentions. De nombreux patients en sont atteints pendant des années et croient par exemple qu'il s'agit du SFC.

La bactérie Borrelia qui est à la source de la maladie de Lyme peut-elle se transmettre à l'occasion de dons de sang ? Peut-on contracter la maladie de Lyme à l'occasion d'une transfusion ?

Met het project 1733 stellen we een aantal tools ter beschikking van de wachtkringen, maar we kunnen hen niet verplichten deze tools te gebruiken. Wettelijk gezien zijn het de kringen zelf die bevoegd zijn voor de organisatie van hun wacht. We hopen echter op een snelle aansluiting van een groot deel van de wachtkringen op het nummer 1733. In een eerste fase zal dat een louter technische telefonische doorschakeling van de oproep zijn, zonder triage. Maar in deze eerste fase kan wel al een oplossing geboden worden voor het probleem van de betalende nummers. Zodra de nodige mensen gerekruteerd zijn en de nodige technische infrastructuur aanwezig is bij de hulpcentra 112, kunnen we de triage veralgemenen en ook deze tool aan alle wachtkringen aanbieden.

Op langere termijn zal het Europese oproepnummer 116/117 worden ingevoerd ter vervanging van het nummer 1733. Dat zal een gratis nummer zijn.

Mevrouw Fauzaya Talhaoui (sp.a). – Ik merk dat de minister in dit dossier al heel wat vorderingen heeft gemaakt.

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg waarborgen is niet alleen de betrachtting van de minister, maar van ieder van ons. Mensen die in armoede leven, moeten zo gemakkelijk en zo goedkoop mogelijk op de eerste hulp kunnen rekenen.

Ik hoop dat het RIZIV in dit verband het nodige zal doen.

Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ziekte van Lyme en de bloeddonatie» (nr. 5-4889)

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – Patiënten met de ziekte van Lyme wijzen mij op mogelijke onduidelijkheden in het beleid van het Rode Kruis. Bloed is een essentiële component bij de ziekte van Lyme. Nochtans vind ik niet veel duidelijke informatie met betrekking tot de aanpak van bloeddonaties en de ziekte van Lyme.

Het Rode Kruis vermeldt op haar website dat mensen bij wie de teek binnen een tijdsspanne van 24 uur verwijderd werd, alsnog bloed mogen geven. Wanneer de teek niet binnen die tijdsspanne verwijderd werd, moeten ze minstens drie maanden wachten.

Onderzoek toont ook aan dat ongeveer de helft van de geïnfecteerden zich geen tekenbeet kunnen herinneren.

Informatie over de chronische vorm van de ziekte van Lyme wordt door het Rode Kruis niet gegeven. Een patiënt vertelde me dat hij bij het Rode Kruis te horen kreeg dat mensen met chronische variant best geen bloed geven omdat de ziekte in hun lichaam aanwezig is. Nochtans kan de ziekte slapend aanwezig zijn in het lichaam en kunnen mensen met Lyme onbewust en met goede bedoelingen beslissen bloed te geven. Er zijn immers veel patiënten die jaren rondlopen met de ziekte en bijvoorbeeld denken dat ze CVS hebben.

Kan de Borreliabacterie die de ziekte van Lyme veroorzaakt, worden doorgegeven via het bloed en dus via bloeddonaties? Is het dus mogelijk om de ziekte van Lyme te krijgen via een bloedtransfusie?

Qu'en est-il lors des transfusions sanguines de la transmission de co-infections assez fréquentes en cas de maladie de Lyme ?

La ministre peut-elle fournir des informations relatives à la manière dont la Croix-Rouge écarte le sang de donneurs atteints de la version chronique de la maladie de Lyme ? La politique de la Croix-Rouge tient-elle suffisamment compte de la maladie de Lyme et les informations à ce sujet sont-elles suffisantes ?

Connait-on des cas de personnes ayant contracté la maladie de Lyme à la suite d'une transfusion sanguine ? La ministre peut-elle illustrer sa réponse si possible à l'aide de chiffres ?

Les tests de dépistage de la maladie de Lyme sont souvent insuffisants dans notre pays de sorte que de nombreux patients se rendent à l'étranger pour un diagnostic. La ministre estime-t-elle que la Croix-Rouge ne soit pas suffisamment en mesure de dépister la version chronique de la maladie de Lyme ? Dans la négative, peut-elle expliciter sa réponse ? Dans l'affirmative, cette situation a-t-elle des implications sur la présence de bactéries Borrelia dans les banques de sang ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Sur la base de la littérature scientifique, le risque théorique de transmission de la maladie de Lyme par le sang n'est pas exclu mais il est faible. Il n'y a pas de cas de transmission post-transfusionnelle décrit dans la littérature. Qui plus est, s'il existe, ce risque est limité au sang complet, aux globules rouges et en partie aux plaquettes, puisque les techniques d'inactivation permettent de rendre inexistant le risque de contamination pour le plasma et les plaquettes. Actuellement, environ 42% des concentrés de plaquettes sont inactives. Alors même que le risque est extrêmement faible, le programme d'hémovigilance mis en place en Belgique en tient compte.*

Avant chaque don, il est demandé au donneur s'il a été mordu par une tique depuis le dernier don. Si la réponse est positive, le donneur sera temporairement exclu du don de sang et s'il notifie une maladie de Lyme, il sera exclu pour une période de six mois.

Après le don, il est demandé au donneur de notifier toute maladie qui apparaîtrait. Dans ce cadre, le service d'hémovigilance de l'Agence des Médicaments et des Produits de santé a recensé, entre 2007 et 2012, entre trois et dix cas par an sur plus de 650 000 dons de sang, où les intéressés ont déclaré avoir développé une maladie après le don.

Selon la Croix-Rouge, tout risque de contamination infectieuse par don de sang est globalement inférieur à un pour six millions. Cette sécurité est le résultat d'une réelle évolution dans le domaine de la transfusion.

La Croix-Rouge effectue des tests de dépistage sur le sang pour le VIH, l'hépatite B et C et la syphilis. L'exclusion des donneurs en cas de maladie de Lyme a été décrit ci-dessus. Les tests effectués pour des patients en Allemagne dans un cadre diagnostique ne sont pas validés et donc pas utilisés en Belgique.

Hoe zit het met de overdracht via bloedtransfusie van de vaak voorkomende co-infecties bij de ziekte van Lyme?

Kan de minister mij enige informatie geven over de wijze waarop het Rode Kruis bloed van patiënten met chronische ziekte van Lyme uitsluit? Komt de ziekte van Lyme voldoende aan bod in het beleid van het Rode Kruis en in de beschikbare informatie?

Zijn er gevallen bekend van mensen die de ziekte van Lyme opgelopen hebben na een bloedtransfusie? Kan de minister dit toelichten, indien mogelijk met cijfers?

De tests voor het opsporen van de ziekte van Lyme zijn in ons land vaak ontoereikend zijn, waardoor vele patiënten naar het buitenland gaan voor een diagnose. Acht de minister het mogelijk dat het Rode Kruis onvoldoende in staat is om chronische ziekte van Lyme op te sporen? Zo neen, kan ze dat toelichten? Zo ja, heeft dit implicaties voor de potentiële aanwezigheid van Borreliabacteriën in de bloedbanken?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Op basis van de wetenschappelijke literatuur is het theoretisch risico op overdracht van de ziekte van Lyme via bloed niet uitgesloten, maar wel klein. Er is geen enkel geval van posttransfusiebesmetting beschreven in de literatuur. Indien het risico bestaat, is het bovendien beperkt tot volledig bloed, tot rode bloedcellen en, gedeeltelijk, tot bloedplaatjes, aangezien de technieken van inactivatie het mogelijk maken het besmettingsrisico onbestaande te maken voor het plasma en de bloedplaatjes. Thans is ongeveer 42% van het concentraat van bloedplaatjes inactief. Hoewel het risico zeer klein is, wordt er toch rekening mee gehouden in het Belgische hemovigilantieprogramma.*

Vóór elke donatie wordt de donor gevraagd of hij sinds zijn laatste gift gebeten werd door een teek. Indien het antwoord positief is, wordt de donor tijdelijk uitgesloten en indien hij de ziekte van Lyme aangeeft, wordt hij voor een periode van zes maanden uitgesloten.

Na de donatie wordt de donor gevraagd elke ziekte die optreedt, te melden. Tussen 2007 en 2012 heeft de dienst Hemovigilantie van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten jaarlijks drie tot tien personen geïdentificeerd die verklaarden een ziekte te hebben ontwikkeld na hun gift, en dit op meer dan 650 000 bloedgiften.

Volgens het Rode Kruis is het risico op besmetting via bloeddonatie kleiner dan 1 op 6 miljoen. Deze veiligheid is het resultaat van een reële evolutie op het vlak van de transfusie.

Het Rode Kruis voert op het bloed screeningstests uit voor hiv, hepatitis B en C en syfilis. De uitsluiting van donoren in geval van de ziekte van Lyme heb ik zonet beschreven. De tests die patiënten in Duitsland laten uitvoeren met het oog op een diagnose, zijn niet gevalideerd en worden dus ook niet gebruikt in België.

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *La ministre dit que la maladie de Lyme peut être transmise par le sang. Cela me paraît curieux, car elle vient juste de déclarer que selon les scientifiques, il n'était pas possible qu'une femme enceinte transmette la maladie à son enfant.*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – L'Institut Scientifique de Santé publique compte une spécialiste dans ses rangs. Cette personne a connaissance de toutes les enquêtes menées en Belgique. Elle a pu effectuer des comparaisons et elle a une multitude de contacts utiles. Si vous le souhaitez, nous vous mettrons en rapport.

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'enquête sur l'alimentation des enfants» (n° 5-4892)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Madame la ministre, votre note de politique générale nous apprenait que la Belgique organiserait une enquête nationale sur la consommation alimentaire auprès des jeunes scolarisés de moins de quinze ans. La phase opérationnelle devait débiter en 2013, les résultats finaux étant attendus pour 2015.

L'utilité de cette enquête est évidente dans la mesure où la Belgique ne dispose pas de données nationales de consommation alimentaire pour le groupe cible. Elle est nécessaire pour obtenir des données claires afin de mettre en place des politiques adaptées et efficaces en matière de nutrition et de sécurité alimentaire pour nos jeunes.

Quel est, madame la ministre, l'état d'avancement de cette enquête ?

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 nouvelle enquête de consommation alimentaire a démarré au début de l'année 2013. Elle permettra d'actualiser les données sur la consommation de la population belge. La population étudiée dans la nouvelle version de l'enquête inclut non seulement le groupe des adultes de 18 à 64 ans mais aussi, désormais, les adolescents de 10 à 17 ans et les enfants de 3 à 9 ans.

Au total, 3 200 personnes sélectionnées au hasard dans 64 communes seront interrogées, plus précisément 1 000 enfants, 1 000 adolescents et 1 200 adultes.

L'enquête qui s'étalera sur une période de trois ans est réalisée par l'Institut scientifique de Santé publique. Le projet sera mené en trois phases : préparation, collecte des données et analyse. La première phase a été clôturée fin 2013. Durant celle-ci, l'ISP et la DG4 se sont concertés pour rédiger les différents questionnaires pour chaque groupe d'âge, à savoir un questionnaire de nature générale, un sur la fréquence alimentaire et un sur la sécurité alimentaire.

Pour connaître l'ensemble des aliments consommés au cours des deux journées non consécutives, un logiciel spécialement

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – De minister zegt dat de ziekte van Lyme kan worden doorgegeven via het bloed. Ik vind dat vreemd, want ze verklaarde daarnet dat het volgens de wetenschap niet mogelijk is dat een zwangere moeder de ziekte doorgeeft aan haar kind.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid heeft een specialist in dienst. Die persoon is op de hoogte van alle onderzoeken die in België worden uitgevoerd, heeft vergelijkingen kunnen maken en heeft tal van nuttige contacten. Als u dat wenst, kunnen we u in contact brengen met deze specialist.*

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het voedingsonderzoek bij kinderen» (nr. 5-4892)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *In de algemene beleidsnota van de minister vernamen we dat België een nationale enquête zou organiseren over de voedselconsumptie bij schoolgaande jongeren van minder dan vijftien jaar. De operationele fase moest starten in 2013 en de eindresultaten werden verwacht tegen 2015.*

Het nut van dat onderzoek is duidelijk aangezien België niet over nationale gegevens over de voedselconsumptie van de doelgroep beschikt. Duidelijke gegevens zijn nodig om een aangepast en efficiënt beleid uit te tekenen op het vlak van voeding en voedselveiligheid voor onze jongeren.

Hoe ver staat het met dat onderzoek?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De nieuwe enquête over de voedselconsumptie is begin 2013 gestart. Aan de hand van die enquête kunnen de gegevens over de consumptie van de Belgische bevolking worden geactualiseerd. De populatie van de nieuwe versie van de enquête omvat niet alleen de volwassenen van 18 tot 64 jaar, maar ook de adolescenten van 10 tot 17 jaar en de kinderen van 3 tot 9 jaar.*

In totaal zullen 3200 toevallig geselecteerde personen in 64 gemeenten worden ondervraagd: 1000 kinderen, 1000 adolescenten en 1200 volwassenen.

Het onderzoek dat over een periode van drie jaar is gespreid, wordt uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). Het verloopt in drie fasen: voorbereiding, verzameling van de gegevens en analyse. De eerste fase is in 2013 beëindigd. Tijdens die fase hebben het WIV en het DG4 overlegd om de verschillende vragenlijsten voor elke leeftijdscategorie op te stellen, namelijk een algemene vragenlijst, een lijst over de voedselfrequentie en een over de voedselveiligheid.

Om precies te weten welke voedingsmiddelen werden

développé a été adapté aux besoins belges pour les groupes des adultes et des adolescents, et un carnet alimentaire a été conçu pour les enfants.

Un protocole d'étude détaillé définissant différentes procédures – sélection des individus et modalités d'analyse des résultats – a également été établi.

À titre d'évaluation, on a réalisé avec succès un pré-test dans le courant 2013 sur un petit nombre de personnes afin d'apporter les ajustements nécessaires. C'est également au cours de cette phase que les collaborateurs de santé appelés à réaliser la collecte des informations ont été recrutés et formés. Les communes sélectionnées ont été informées, et les ministres de l'Enseignement des deux communautés ont reçu des informations sur l'étude.

La deuxième phase de l'étude, celle de l'enquête proprement dite, a débuté le 2 janvier 2014. Au cours de cette année, 64 collaborateurs de santé ayant reçu une formation se rendront à deux reprises chez chacun des participants afin de les interroger sur leurs habitudes alimentaires, leur santé et leur mode de vie, comme leur activité physique par exemple. Ils prendront également les mensurations des participants, c'est-à-dire le poids, la taille et le tour de taille.

Les enfants et adolescents devront en outre porter un podomètre pendant sept jours pour évaluer leur activité physique de manière objective.

L'an prochain, en 2015, l'enquête passera à sa dernière phase, celle de l'analyse des résultats et de la rédaction d'un rapport.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je vous remercie pour ces précisions, madame la ministre. Le cas échéant, j'espère que les responsables de demain utiliseront bien les conclusions de l'enquête pour adapter les politiques de santé publique relatives aux comportements alimentaires. Nous savons en effet qu'en cette matière, les problèmes de santé publique sont très importants.

(La séance est levée à 17 h 05.)

Requalification en question écrite avec remise de la réponse

- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les stewards hospitaliers » (n° 5-4722) (QE 5-11328)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les demandes de fonds d'impulsion pour médecins généralistes » (n° 5-4751) (QE 5-11330)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le respect des nouvelles règles de prescription d'imagerie médicale » (n° 5-4753) (QE 5-11331)

geconsumeerd tijdens twee niet-openvolgende dagen, werd een speciaal ontwikkelde software aangepast aan de Belgische behoeften voor de groep van de volwassenen en die van de adolescenten, en werd een voedselboekje ontworpen voor de kinderen.

Er werd ook een gedetailleerd studieprotocol opgesteld dat de verschillende procedures – de selectie van de individuen en de analysemethode van de resultaten – definieert.

Bij wijze van evaluatie werd in de loop van 2013 de enquête vooraf met succes getest op een klein aantal personen, teneinde de nodige aanpassingen te kunnen aanbrengen. Tijdens die fase werden ook de gezondheidsmedewerkers die de inlichtingen moeten verzamelen, aangeworven en opgeleid. De geselecteerde gemeenten werden op de hoogte gebracht en de ministers van onderwijs van de beide gemeenschappen werden ingelicht over de studie.

De tweede fase van het onderzoek, die van de eigenlijke enquête, is op 2 januari 2014 gestart. In de loop van dit jaar zullen 64 opgeleide gezondheidsmedewerkers tweemaal bij elke deelnemer langsgaan om hen vragen te stellen over hun voedingsgewoonten, hun gezondheid en hun levenswijze, bijvoorbeeld hun fysieke activiteiten. Ze zullen ook de lichaamsmaten van de deelnemers nemen, namelijk het gewicht, de lengte en de tailleomtrek.

De kinderen en adolescenten zullen bovendien gedurende zeven dagen een pedometer moeten dragen om hun fysieke activiteit op een objectieve manier te kunnen evalueren.

In 2015 zal de derde fase van het onderzoek ingaan, die van de analyse van de resultaten en de redactie van een verslag.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik dank de minister voor haar verduidelijkingen. Ik hoop dat de toekomstige beleidsverantwoordelijken zo nodig de conclusies van het onderzoek goed zullen gebruiken om het gezondheidsbeleid op het vlak van voedingsgewoonten aan te passen. We weten immers dat er op dat vlak belangrijke problemen bestaan in verband met de volksgezondheid.*

(De vergadering wordt gesloten om 17.05 uur.)

Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord

- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de ziekenhuisstewards” (nr. 5-4722) (SV 5-11328)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de aanvraag van impulsfondsen voor huisartsen” (nr. 5-4751) (SV 5-11330)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het naleven van de nieuwe regels voor het voorschrijven van medische beeldvorming” (nr. 5-4753) (SV 5-11331)

- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le fonds no fault » (n° 5-4754) (QE 5-11332)
- 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 des pédiatres hématologues et des pédiatres oncologues » (n° 5-4755) (QE 5-11333)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'octroi du statut palliatif » (n° 5-4776) (QE 5-11334)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les abus du régime du tiers payant social » (n° 5-4777) (QE 5-11335)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le dépistage du cancer du sein » (n° 5-4784) (QE 5-11336)
- Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la pénurie de médicaments » (n° 5-4787) (QE 5-11337)
- Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les centres de référence » (n° 5-4788) (QE 5-11338)
- Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la recherche portant sur la propagation de la maladie de Lyme par les animaux » (n° 5-4812) (QE 5-11339)
- 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'efficacité et la sécurité des médicaments selon Test-Achats » (n° 5-4816) (QE 5-11340)
- 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 volonté de l'INAMI de supprimer le remboursement des surveillances respiratoires du nourrisson » (n° 5-4817) (QE 5-11367)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les médicaments anti-cancer pédiatriques » (n° 5-4823) (QE 5-11341)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les effets de Becel pro-activ » (n° 5-4824) (QE 5-11342)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les économies prévues dans les pharmacies publiques » (n° 5-4837) (QE 5-11343)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het no fault-fonds” (nr. 5-4754) (SV 5-11332)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de erkenning van pediatrische hematologen en oncologen” (nr. 5-4755) (SV 5-11333)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het toekennen van het palliatief statuut” (nr. 5-4776) (SV 5-11334)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het misbruiken van de sociale derdebetalersregeling” (nr. 5-4777) (SV 5-11335)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de borstkankerscreening” (nr. 5-4784) (SV 5-11336)
- Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het tekort aan geneesmiddelen” (nr. 5-4787) (SV 5-11337)
- Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de referentiecentra” (nr. 5-4788) (SV 5-11338)
- Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het onderzoek inzake de verspreiding van de ziekte van Lyme door dieren” (nr. 5-4812) (SV 5-11339)
- Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de efficiëntie en veiligheid van geneesmiddelen volgens Test-Aankoop” (nr. 5-4816) (SV 5-11340)
- Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het voornemen van het RIZIV om de terugbetaling van de respiratoire monitoring van zuigelingen af te schaffen” (nr. 5-4817) (SV 5-11367)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de kankermedicijnen voor kinderen” (nr. 5-4823) (SV 5-11341)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de werking van Becel pro-activ” (nr. 5-4824) (SV 5-11342)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de voorziene besparingen bij de openbare apotheken” (nr. 5-4837) (SV 5-11343)

- Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la création de centres d'expertise pour les maladies et les affections rares » (n° 5-4839) (QE 5-11344)
- 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 de protonthérapie par la KU Leuven » (n° 5-4840) (QE 5-11345)
- Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la maladie de Lyme » (n° 5-4843) (QE 5-11346)
- Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « une cure d'antibiotiques comme traitement de la maladie de Lyme » (n° 5-4844) (QE 5-11347)
- Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les maladies transmissibles et le personnel médical » (n° 5-4850) (QE 5-11348)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'accès à l'aide médicale urgente » (n° 5-4855) (QE 5-11349)
- 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 réforme des soins pédiatriques » (n° 5-4882) (QE 5-11350)
- Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le traitement du syndrome de la fatigue chronique et de l'encéphalomyélite myalgique dans les centres de référence » (n° 5-4887) (QE 5-11351)
- Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la maladie de Lyme et le syndrome de la fatigue chronique » (n° 5-4888) (QE 5-11352)
- Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la diminution des sucres dans l'alimentation » (n° 5-4899) (QE 5-11353)
- Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'amélioration de l'imagerie médicale » (n° 5-4900) (QE 5-11354)
- Demande d'explications de M. Jan Roegiers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le plan national VIH » (n° 5-4903) (QE 5-11368)
- Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de oprichting van expertisecentra voor zeldzame ziektes en aandoeningen” (nr. 5-4839) (SV 5-11344)
- 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 protontherapie door de KU Leuven” (nr. 5-4840) (SV 5-11345)
- Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de ziekte van Lyme” (nr. 5-4843) (SV 5-11346)
- Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “een antibioticakuur als behandeling van de ziekte van Lyme” (nr. 5-4844) (SV 5-11347)
- Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de overdraagbare ziektes en het medisch personeel” (nr. 5-4850) (SV 5-11348)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de toegang tot urgente medische hulp” (nr. 5-4855) (SV 5-11349)
- Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de hervorming van de kindergeneeskundige zorg” (nr. 5-4882) (SV 5-11350)
- Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de behandeling van het chronischevermoeidheidssyndroom en van de myalgische encefalomyelitis in de referentiecentra” (nr. 5-4887) (SV 5-11351)
- Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de ziekte van Lyme en het chronischevermoeidheidssyndroom” (nr. 5-4888) (SV 5-11352)
- Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de vermindering van suikers in voeding” (nr. 5-4899) (SV 5-11353)
- Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de verbetering van de medische beeldvorming” (nr. 5-4900) (SV 5-11354)
- Vraag om uitleg van de heer Jan Roegiers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het nationale hiv-plan” (nr. 5-4903) (SV 5-11368)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – 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° 5-4907) (QE 5-11355) – Demande d’explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la lutte contre les bactéries nosocomiales » (n° 5-4908) (QE 5-11356) – Demande d’explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les produits cosmétiques d’éclaircissement de la peau » (n° 5-4914) (QE 5-11357) – 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’observance thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques » (n° 5-4922) (QE 5-11358) – Demande d’explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les tests de dépistage de la maladie de Lyme » (n° 5-4924) (QE 5-11359) – Demande d’explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les troubles alimentaires chez les enfants » (n° 5-4925) (QE 5-11360) – Demande d’explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’enquête menée par le Centre fédéral d’expertise des soins de santé auprès de la population » (n° 5-4957) (QE 5-11362) – Demande d’explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le soutien psychosocial des patients dans le cadre de programmes de soins oncologiques » (n° 5-4959) (QE 5-11363) – Demande d’explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « un meilleur remboursement des reconstructions mammaires » (n° 5-4960) (QE 5-11364) – Demande d’explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la consultation oncologique multidisciplinaire » (n° 5-4961) (QE 5-11365) – Demande d’explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les antibiotiques » (n° 5-4972) (QE 5-11366) | <ul style="list-style-type: none"> – Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de coderingssystemen” (nr. 5-4907) (SV 5-11355) – Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de bestrijding van de ziekenhuisbacterie” (nr. 5-4908) (SV 5-11356) – Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de huidblekende cosmeticaproducten” (nr. 5-4914) (SV 5-11357) – Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de therapietrouw van patiënten met chronische aandoeningen” (nr. 5-4922) (SV 5-11358) – Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de testen voor de opsporing van de ziekte van Lyme” (nr. 5-4924) (SV 5-11359) – Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de eetstoornissen bij kinderen” (nr. 5-4925) (SV 5-11360) – Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de bevraging van de bevolking door het Federaal Kenniscentrum van de gezondheidszorg” (nr. 5-4957) (SV 5-11362) – Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de psychosociale steun aan de patiënten in het kader van oncologische zorgprogramma’s” (nr. 5-4959) (SV 5-11363) – Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de betere terugbetaling van borstreconstructies” (nr. 5-4960) (SV 5-11364) – Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het multidisciplinair oncologisch consult” (nr. 5-4961) (SV 5-11365) – Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de antibiotica” (nr. 5-4972) (SV 5-11366) |
|---|---|