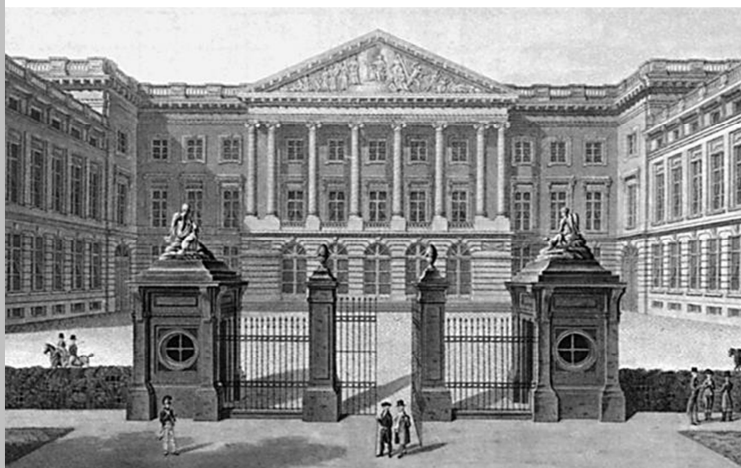


Sénat de Belgique

Session ordinaire 2013-2014



5-267COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 17 décembre 2013

Séance du matin

Annales

Belgische Senaat

Gewone Zitting 2013-2014

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 17 december 2013

Ochtendvergadering

5-267COM

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 M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la légalisation dans un cadre thérapeutique des médicaments à base de cannabinoïdes» (n° 5-4069).....5	Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de legalisering van geneesmiddelen die cannabinoïden bevatten in een therapeutische context» (nr. 5-4069)..... 5
Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la recommandation du Conseil supérieur de la santé de limiter la consommation d'aliments contenant de l'huile de palme» (n° 5-4071).....6	Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het advies van de Hoge Raad voor de gezondheid om het gebruik van voedingsmiddelen met palmolie te beperken» (nr. 5-4071) 6
Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le plan national VIH 2014-2019» (n° 5-4122)8	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het nationaal plan rond hiv 2014-2019» (nr. 5-4122)..... 8
Demande d'explications de M. Jan Roegiers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la mise en œuvre du plan national VIH» (n° 5-4176).....8	Vraag om uitleg van de heer Jan Roegiers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de implementatie van het nationale hiv-plan» (nr. 5-4176) 8
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la capitalisation de doses de Lucentis lors d'une dégénérescence maculaire» (n° 5-4151).....10	Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het kapitaliseren van de dosissen Lucentis bij een maculadegeneratie» (nr. 5-4151) 10
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les suppléments d'honoraires pour les prestations en hospitalisation de jour» (n° 5-4158).....13	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ereloon-supplementen voor verstrekkingen in daghospitalisatie» (nr. 5-4158)..... 13
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le résumé infirmier minimum» (n° 5-4162).....14	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de minimale verpleegkundige gegevens» (nr. 5-4162) 14
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° 5-4170)15	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de borstkankerscreening» (nr. 5-4170) 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 «l'amélioration, par l'entraînement physique, de la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein» (n° 5-4208).....17	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verbetering van de levenskwaliteit van vrouwen met borstkanker door middel van fysieke training» (nr. 5-4208)..... 17
Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la propagande de sectes pour des traitements alternatifs des maladies» (n° 5-4243)19	Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het propageren van alternatieve ziektebehandelingen door sektes» (nr. 5-4243) 19
Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les services de garde des médecins généralistes et des pharmaciens» (n° 5-4330).....20	Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de wachtdiensten van huisartsen en van apothekers» (nr. 5-4330) 20

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la limitation du temps de travail des médecins» (n° 5-4262).....21	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de beperking van de arbeidsduur van artsen» (nr. 5-4262)21
Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le contrôle de l'interdiction générale de fumer pendant la période hivernale» (n° 5-4250).....22	Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvolging van de rookregeling tijdens de winterperiode» (nr. 5-4250).....22
Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les prestations spécifiques en matière d'éducation aux soins autonomes du patient diabétique, effectuées par des kinésithérapeutes» (n° 5-4258)23	Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de specifieke verstrekkingen inzake educatie tot zelfzorg van de diabetespatiënt die worden verleend door kinesitherapeuten» (nr. 5-4258)23
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le service de garde des dentistes» (n° 5-4265).....25	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de wachtdienst voor tandartsen» (nr. 5-4265).....25
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accès des médecins spécialistes en médecine d'urgence à la médecine intensive» (n° 5-4266)26	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de toegang tot de intensieve geneeskunde voor geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde» (nr. 5-4266).....26
Demande d'explications de Mme Dalila Douifi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le matériel médical oublié lors d'interventions chirurgicales et l'utilisation d'une liste de contrôle» (n° 5-4344)26	Vraag om uitleg van mevrouw Dalila Douifi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het achtergelaten medisch materiaal na heelkundige ingrepen en het gebruik van een checklist» (nr. 5-4344).....26
Requalification en question écrite avec remise de la réponse28	Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord.....28

Présidence de Mme Elke Sleurs*(La séance est ouverte à 10 h 40.)***Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la légalisation dans un cadre thérapeutique des médicaments à base de cannabinoïdes» (n° 5-4069)**

M. Jacques Brotchi (MR). – Madame la ministre, je crois savoir que vous avez lu ma question. Je me limiterai donc à dire quelques mots pour que mes collègues sachent de quoi il s'agit.

Les médicaments à base de cannabinoïdes doivent-ils être délivrés par les pharmaciens ? Nous savons que certains de ces médicaments sont utiles pour soulager les patients atteints de maladies comme la sclérose en plaques, certaines raideurs musculaires ou encore la maladie de Crohn.

Madame la ministre, quelle est la position de la Belgique sur les médicaments dérivés du cannabis ?

Les professionnels de la santé se sont-ils déjà exprimés sur une éventuelle légalisation des médicaments dérivés du cannabis et sur l'éventuelle plus-value de ce type de traitement après évaluation des bénéfices et des risques ?

La Belgique pourrait-elle envisager de légaliser, à l'instar de ses voisins et de la législation sur les opiacés, les médicaments dérivés du cannabis dans un cadre strictement thérapeutique, sous prescription ?

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 position de la Commission pour les médicaments à usage humain – suivie plus tard par la Commission pour les médicaments à base de plantes à usage humain – est claire sur ce type de médicaments. La préférence doit être donnée aux médicaments à base de préparations bien caractérisées de cannabis qui peuvent être évaluées par les experts au sein du réseau de l'Agence fédérale des médicaments, de façon à bien délimiter les indications et de réduire au maximum les réactions indésirables.

Jusqu'à présent, une seule demande de mise sur le marché d'un tel médicament, le Sativex, a été introduite auprès de l'AFMPS, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. La Commission pour les médicaments à base de plantes a émis un avis positif le 21 août 2012, après évaluation scientifique, pour l'utilisation de ce médicament dans l'indication de réduction de l'engourdissement musculaire en cas de sclérose en plaques.

Ce médicament tombe actuellement sous l'application de l'arrêté royal du 4 juillet 2001 déterminant les conditions pour la délivrance des médicaments contenant un ou des tétrahydrocannabinol(s). À ce jour, l'utilisation du médicament se limite à l'officine hospitalière dans le cadre d'études cliniques.

Voorzitster: mevrouw Elke Sleurs*(De vergadering wordt geopend om 10.40 uur.)***Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de legalisering van geneesmiddelen die cannabinoïden bevatten in een therapeutische context» (nr. 5-4069)**

De heer Jacques Brotchi (MR). – *Mevrouw de minister, ik veronderstel dat u mijn vraag hebt gelezen. Ik zal ze kort weergeven, zodat mijn collega's weten waarover het gaat.*

Moeten geneesmiddelen die cannabinoïden bevatten door de apothekers worden afgeleverd? Sommige van deze geneesmiddelen kunnen patiënten helpen met multiple sclerose, bepaalde vormen van spierstramheid of de ziekte van Crohn.

Welk standpunt neemt België in ten opzichte van geneesmiddelen die cannabinoïden bevatten?

Heeft de gezondheidssector zich al uitgesproken over een eventuele legalisering van deze geneesmiddelen en over het effect van dit soort behandelingen, na de voordelen en de risico's te hebben onderzocht?

Zou ons land, in navolging van de buurlanden en naar het voorbeeld van de wetgeving op de opiaten, de legalisering van geneesmiddelen op basis van cannabis in een strikt therapeutisch kader en op doktersvoorschrift kunnen worden overwogen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het standpunt van de Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik, later gevolgd door de Commissie voor kruidengeneesmiddelen voor menselijk gebruik, is duidelijk. De voorkeur moet uitgaan naar geneesmiddelen op basis van specifieke bereidingen op basis van cannabis, die beoordeeld kunnen worden door experts van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), zodat de indicaties strikt worden afgebakend en de neveneffecten zoveel mogelijk worden beperkt.*

Tot nu toe werd bij het FAGG maar één vraag ingediend, namelijk voor het op de markt brengen van het geneesmiddel Sativex. De Commissie voor kruidengeneesmiddelen adviseerde op 21 augustus 2012 positief, na wetenschappelijk onderzoek van het gebruik van dit geneesmiddel voor de behandeling van spierstramheid bij multiple sclerose.

Dit geneesmiddel valt momenteel onder de toepassing van het koninklijk besluit van 4 juli 2001 tot bepaling van de voorwaarden voor het afleveren van geneesmiddelen die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten. Momenteel kan dit geneesmiddel alleen worden afgeleverd door de ziekenhuisapotheek in het kader van klinische studies.

Sativex is nog niet beschikbaar op de Belgische markt omdat de vraag om terugbetaling bij het RIZIV nog niet is afgerond.

Le Sativex n'est toujours pas disponible sur le marché belge car la demande de remboursement introduite à l'INAMI n'est pas finalisée. Le titulaire de Sativex prévoit sa mise sur le marché pour l'été de 2014.

En outre, la législation doit être adaptée pour permettre la délivrance de Sativex aux patients. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé travaille en ce sens et a d'ailleurs fait appel aux experts en la matière et aux professionnels de santé dans le cadre d'un groupe de travail commun à la Commission pour les médicaments à usage humain et la Commission pour les médicaments à base de plantes à usage humain. L'avis de ce groupe de travail est attendu début 2014.

M. Jacques Brotchi (MR). – Je vous remercie pour vos réponses, madame la ministre. Je pense qu'il faut avancer car certains de ces médicaments sont vraiment utiles. Je suis heureux d'apprendre que le Sativex sera en principe remboursé à partir de l'été 2014. Les malades neurologiques, que je connais bien, souffrent régulièrement de raideurs et de contractures très douloureuses que les médicaments classiques sont impuissants à soulager. Je crois donc qu'il serait fort bien qu'ils puissent bénéficier de cette thérapeutique mais sous contrôle très strict car l'usage doit rester exclusivement médical.

Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la recommandation du Conseil supérieur de la santé de limiter la consommation d'aliments contenant de l'huile de palme» (n° 5-4071)

M. Jacques Brotchi (MR). – L'huile de palme est présente un peu partout puisqu'elle intervient dans la composition de 80% des produits alimentaires, notamment dans les pâtes à tartiner, dont la célèbre pâte Nutella, que la population consomme souvent et en grande quantité.

Je m'intéresse au sujet depuis longtemps. En 2010, j'ai déposé une proposition de résolution concernant la régulation de la teneur en huile de palme dans les aliments au parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette proposition a reçu le soutien de tous les groupes politiques, y compris celui du vôtre, madame la ministre, et elle a été votée à l'unanimité. Par ailleurs, au Sénat, je suis, avec Mme Tilmans, l'auteur d'une proposition visant à limiter la proportion maximale de teneur en acides gras trans et en huile de palme.

Le 8 août 2013, le Conseil supérieur de la santé a rendu un avis recommandant de limiter la consommation d'acides gras athérogènes. En fait, l'huile de palme contient ces mauvais acides gras qui provoquent les plaques d'athéromes – d'artériosclérose donc – dans les artères, qui deviennent plus rigides et sont l'objet d'embolies à partir de ces plaques, voire de thromboses, et surtout d'accidents vasculaires cérébraux. À l'heure actuelle, il n'y a pas de régulation de la teneur en acides gras trans dans notre pays.

La question de l'huile de palme n'est pas qu'un problème de

De titularis van Sativex denkt het product in de zomer van 2014 op de markt te brengen.

Voor de aflevering van Sativex moet de wetgeving worden aangepast. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten werkt hieraan en deed een beroep op deskundigen en beroepsmensen uit de gezondheidssector in het kader van een gemeenschappelijke werkgroep van de Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Commissie voor kruidengeneesmiddelen. Het standpunt van deze werkgroep wordt tegen begin 2014 verwacht.

De heer Jacques Brotchi (MR). – *Ik dank de minister voor het antwoord. Er is haast bij, want bepaalde geneesmiddelen zijn echt nuttig. Ik ben blij te vernemen dat Sativex in principe vanaf de zomer 2014 zal worden terugbetaald. Mensen met een neurologische aandoening lijden regelmatig aan spierstramheid en pijnlijke spierspasmen, die met klassieke geneesmiddelen onvoldoende kunnen worden verholpen. Het zou dus heel goed zijn als ze deze therapie zouden kunnen volgen, uiteraard onder zeer strikte controle, want het gebruik moet uitsluitend medisch blijven.*

Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het advies van de Hoge Raad voor de gezondheid om het gebruik van voedingsmiddelen met palmolie te beperken» (nr. 5-4071)

De heer Jacques Brotchi (MR). – *Palmolie wordt gebruikt in 80% van de voedingsmiddelen die de mensen dikwijls en in grote hoeveelheden consumeren, vooral in smeerpasta's, zoals de bekende smeerpasta Nutella.*

Ik heb al lang belangstelling voor dit onderwerp. In 2010 heb ik bij het parlement van de Franse Gemeenschap een voorstel van resolutie ingediend tot regeling van het gehalte aan palmolie in voedingsmiddelen. Dat voorstel heeft de steun gekregen van alle fracties, ook die van de minister, en het werd unaniem aangenomen. In de Senaat heb ik, samen met mevrouw Tilmans, een voorstel tot beperking van het maximumgehalte aan transvetzuren en palmolie ingediend.

Op 8 augustus 2013 heeft de Hoge Gezondheidsraad een advies uitgebracht waarin wordt aanbevolen de inname van atherogene vetzuren te beperken. Palmolie bevat in feite deze slechte vetzuren die atheromen of atherosclerotische plaques veroorzaken in de slagaders, waardoor ze verharderen, wat aanleiding kan geven tot het ontstaan van stolsels, tromboses en vooral beroertes (CVA's). Er bestaat nog geen regeling voor het gehalte aan transvetzuren in ons land.

Palmolie is niet alleen een probleem voor de gezondheid, maar ook voor het milieu. In Indonesië en Maleisië, bijvoorbeeld, wordt veel aan ontbossing gedaan ten voordele van palmplantages. Dat heeft gevolgen voor de natuur, vooral

santé, c'est aussi un grand problème environnemental. En Indonésie et en Malaisie, par exemple, il y a une importante déforestation au profit de la plantation de palmiers. Cela a des conséquences sur la nature, en particulier sur l'habitat des grands singes, qui disparaissent progressivement faute de nourriture adéquate.

Il y a donc plusieurs raisons d'être vigilants. Certains pays ont déjà pris des initiatives en ce sens. Le Canada a adopté une résolution interdisant la présence de plus de 2% d'acides gras trans. Le Danemark a adopté un décret-loi prévoyant que la teneur en acides gras trans ne puisse excéder deux grammes par cent grammes d'huile.

Madame la ministre, une concertation avec les secteurs concernés et Nubel sur la problématique des acides gras trans et de l'huile de palme a-t-elle été organisée ? Si oui, quelles en ont été les conclusions ?

Dans une réponse à une question de Mme Lijnen sur le même sujet, vous aviez déclaré que la Belgique restait en faveur d'une approche européenne. Cette position a-t-elle changé depuis les récentes recommandations du Conseil supérieur de la santé ? Allez-vous suivre ces recommandations ?

La Belgique a-t-elle l'intention de légiférer dans le but de limiter la teneur des aliments en acides gras trans d'origine industrielle puisqu'il s'agit d'un problème majeur de santé pour nos concitoyens ?

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'avis préparé par le Conseil supérieur de la santé est disponible depuis le mois de septembre. Une première analyse montre que le principal problème ne vient pas de l'huile de palme elle-même, mais de la présence dans sa composition d'un certain pourcentage d'acides gras saturés à potentiel athérogène. Ces acides gras sont également présents dans le beurre, la crème fraîche et, dans une moindre mesure, dans les autres huiles.

Le Conseil supérieur de la santé recommande un apport d'acides gras inférieur à 8% de l'apport énergétique global. Il conseille de limiter la consommation de produits riches en huile de palme ainsi que la consommation de matières grasses laitières.

Il faut mettre l'accent sur la nécessité d'avoir une alimentation variée, équilibrée et saine comme le recommande le Plan national nutrition santé depuis de nombreuses années. Il est aussi nécessaire de mieux informer le consommateur sur l'origine des huiles dans l'alimentation. Ce sera chose faite en 2014 avec l'entrée en vigueur du nouveau règlement européen sur l'étiquetage qui imposera la mention de l'origine des huiles.

En parallèle, je suis en discussion depuis quelques mois avec le secteur agroalimentaire afin de limiter la teneur en acides gras saturés et celle des sucres dans les produits alimentaires, à l'instar de la stratégie mise en place pour la diminution de la teneur en sel. Je vous rappelle que j'ai eu le plaisir de présenter il y a quelques semaines les résultats de l'industrie concernant la stratégie « sel ». Ils sont plus que satisfaisants. Il y a eu réellement une diminution importante de la teneur en sel dans toute une série d'aliments, en commençant par le

voor de habitat van de grote apen, die geleidelijk verdwijnen bij gebrek aan geschikte voeding.

Er zijn dus verschillende redenen om waakzaam te zijn. Sommige landen hebben reeds initiatieven genomen in die zin. Canada heeft een resolutie aangenomen die de aanwezigheid van meer dan 2% transvetzuren verbiedt. Denemarken heeft een wetsdecreet aangenomen dat bepaalt dat het gehalte aan transvetzuren niet hoger mag zijn dan 2 g per 100 g olie.

Werd met de betrokken sectoren en Nubel reeds overleg gepleegd over de problematiek van de transvetzuren en palmolie? Zo ja, wat waren de conclusies?

Als antwoord op een vraag van mevrouw Lijnen over hetzelfde onderwerp heeft de minister verklaard dat België voorstander blijft van een Europese aanpak. Is dat standpunt gewijzigd sedert de recente aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad? Zal de minister deze aanbevelingen volgen?

Is België van plan wetgevend op te treden om het gehalte aan transvetzuren van industriële oorsprong in de voedingsmiddelen te beperken, aangezien ze een ernstig gezondheidsprobleem betekenen voor onze burgers?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het advies van de Hoge Gezondheidsraad is sedert september beschikbaar. Een eerste analyse toont aan dat het belangrijkste probleem niet te wijten is aan de palmolie zelf, maar aan de aanwezigheid van een bepaald percentage transvetzuren met atheroogeen vermogen. Die transvetzuren zijn ook aanwezig in boter, slagroom en, in mindere mate, in de andere oliën.*

De Hoge Gezondheidsraad beveelt aan de inname van verzadigde vetten te beperken tot minder dan 8% van de totale energiebehoefte. Hij raadt aan de consumptie van producten rijk aan palmolie en van melkvetten te verlagen.

De klemtoon moet worden gelegd op de noodzaak van een gevarieerde, evenwichtige en gezonde voeding, zoals het Nationaal Voedingsplan al jaren aanbeveelt. De consument moet ook beter worden geïnformeerd over de oorsprong van de oliën in de voeding. Dat zal een feit zijn vanaf 2014, met de inwerkingtreding van de nieuwe Europese verordening inzake etikettering, die de vermelding van de oorsprong van de oliën verplicht maakt.

Ik voer ook al enkele maanden besprekingen met de voedingsmiddelensector teneinde het gehalte aan verzadigde vetzuren en suiker in de voedingsmiddelen te beperken, naar het voorbeeld van de strategie die werd uitgewerkt om het zoutgehalte te verminderen. De resultaten van de industrie met betrekking tot de zoutstrategie, die ik enkele weken geleden heb voorgesteld, zijn meer dan bevredigend. Het zoutgehalte is aanzienlijk verminderd in een hele reeks voedingsmiddelen, vooral brood, dankzij het consequente werk van het ministerie van Volksgezondheid en van de industrie.

Uit het rapport van de Hoge Gezondheidsraad blijkt dat

pain, grâce à un travail conséquent du ministère de la Santé et de l'industrie.

Il ressort du rapport du Conseil supérieur de la santé que l'huile de palme n'est pas plus mauvaise que le beurre ou la crème fraîche mais mon administration étudiera encore cet avis de manière approfondie. Par ailleurs, je vous signale que le dossier de l'huile de palme n'a pas évolué au niveau européen.

En 2014, il y aura donc des nouveautés. L'amélioration de l'étiquetage permettra à tout le monde d'être au courant de ce qu'il consomme. Nous travaillerons avec l'industrie pour réduire la présence d'acides gras saturés. Et le Plan national nutrition santé poursuivra son travail d'information, notamment sur l'huile de palme.

M. Jacques Brotchi (MR). – Je vous remercie, madame la ministre. Je suis heureux d'apprendre que l'étiquetage sera amélioré. À l'heure actuelle, les étiquettes portent la mention « huile végétale ». Or les consommateurs croient que les huiles végétales sont bonnes pour la santé, contrairement aux huiles animales.

Je suis aussi ravi d'apprendre que l'étiquetage devra se conformer exactement à la teneur. L'huile de palme n'est effectivement pas nocive quand elle est utilisée avec parcimonie. Hélas, de nos jours, la population a tendance à abuser de nourritures contenant de l'huile de palme. Les enfants, par exemple, en consomment beaucoup trop.

La diffusion de l'information est également primordiale. Les responsabilités étant partagées, il serait opportun que les ministres de la Santé profitent d'une conférence interministérielle pour délivrer un message clair à la population quant à la quantité à ne pas dépasser.

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 plan national VIH 2014-2019 » (n° 5-4122)

Demande d'explications de M. Jan Roegiers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la mise en œuvre du plan national VIH » (n° 5-4176)

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Madame la ministre, le 15 octobre 2013, vous avez présenté le premier plan national de lutte contre le VIH basé sur quatre piliers stratégiques : la prévention, le dépistage et l'accès à la prise en charge, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. La mise en place de mesures dans ces différents piliers nous permettra de mener une lutte cohérente et efficace contre ce fléau.

palmolie niet slechter is dan boter of slagroom, maar mijn administratie zal dit advies nog grondiger bestuderen. Het dossier over palmolie is op Europees niveau overigens niet gevorderd.

In 2014 zal iedereen dankzij een betere etikettering op de hoogte zijn van wat hij consumeert. We werken samen met de industrie om de aanwezigheid van verzadigde vetzuren te verminderen. Het Nationaal Voedingsplan zal verder blijven informeren, vooral over palmolie.

De heer Jacques Brotchi (MR). – *Het verheugt mij te vernemen dat de etikettering zal worden verbeterd. Nu dragen de etiketten alleen de vermelding "plantaardige olie", en de consumenten geloven dat plantaardige oliën goed zijn voor de gezondheid, in tegenstelling tot dierlijke vetten.*

Ik ben blij te vernemen dat de etiketten het exacte gehalte zullen moeten vermelden. Palmolie is inderdaad niet schadelijk als het met mate wordt gebruikt. Vandaag hebben de mensen jammer genoeg de neiging om te overdrijven met voedingsmiddelen die palmolie bevatten, vooral kinderen gebruiken er te veel.

De informatieverstrekking is ook van primordiaal belang. Aangezien het om een gedeelde verantwoordelijkheid gaat, zou het opportuun zijn dat de ministers van Volksgezondheid ter gelegenheid van een interministeriële conferentie de bevolking een duidelijke boodschap geven over de hoeveelheid die niet mag worden overschreden.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over « het nationaal plan rond hiv 2014-2019 » (nr. 5-4122)

Vraag om uitleg van de heer Jan Roegiers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over « de implementatie van het nationale hiv-plan » (nr. 5-4176)

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Mevrouw de minister, op 15 oktober 2013 stelde u het eerste nationale hiv-plan voor. Dat is gebaseerd op vier strategische pijlers: preventie, screening en behandeling, behandeling van mensen met hiv, en de levenskwaliteit van mensen met hiv. Met deze maatregelen zal de aanpak efficiënt en op een coherente manier kunnen worden bestreden.*

De ministers van Volksgezondheid, Gelijke Kansen, Onderwijs, Cultuur, Jeugd, Maatschappelijke Integratie, en

Ce plan national rassemble les ministres de la Santé publique, les ministres de l'Égalité des chances, de l'Enseignement, de la Culture, de la Jeunesse, de l'Intégration sociale, de l'Immigration et de l'Asile.

L'initiative doit évidemment être encouragée. Je voudrais obtenir deux précisions. Pourquoi n'avez-vous pas adopté d'objectifs chiffrés dans le cadre de la lutte contre le VIH ? Comment, sans objectifs chiffrés, comptez-vous mesurer, d'une part, les progrès réalisés grâce à la mise en place de ce plan et, d'autre part, le chemin qui doit encore être parcouru ? Je crois savoir qu'en 2011, ONUSIDA avait fixé des objectifs chiffrés pour les années à venir.

Pourriez-vous préciser comment se fera la coordination entre les différents niveaux de pouvoir ? Cette question est primordiale. L'évaluation réalisée par l'université de Liège a indiqué que la collaboration faisait défaut dans le Plan national nutrition santé. Il ne faudrait pas commettre la même erreur dans ce nouveau plan.

M. Jan Roegiers (sp.a). – *Le plan national Sida de la ministre a été bien accueilli. Je me joins aux félicitations.*

Le plan est toutefois assez complexe, les compétences étant partagées entre différentes autorités.

J'aimerais dès lors obtenir une réponse aux questions suivantes.

Où en est la mise en œuvre du plan Sida ? Comment sera-t-il concrétisé sur le terrain et quel est le calendrier prévu ?

Quelles sont les priorités de la ministre ?

Comment la ministre veillera-t-elle, grâce à une concertation permanente, à garantir la réalisation du plan et l'interaction avec tous les intéressés ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Dans le protocole adopté à l'occasion de la dernière conférence interministérielle Santé publique, chaque ministre s'est engagé à présenter d'ici à 2014 un plan de mise en œuvre dans lequel il précisera le timing de la mise en œuvre des actions relevant de ses compétences et identifiera les budgets alloués à leur réalisation.

En ce qui me concerne, j'ai d'ores et déjà commencé à élaborer ce plan avec l'aide de mes services. Je le présenterai au début de l'année 2014.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Une des premières actions sera la création d'un comité de monitoring, comme le prévoit le plan, ainsi que la constitution d'un conseil de personnes porteuses du VIH. Les personnes concernées, travailleurs de la santé, associations et personnes porteuses du VIH, ont déjà été consultées. J'examine actuellement avec mes services la proposition qu'elles m'ont transmise. Je la présenterai ensuite à mes collègues en charge de la Santé publique à la Conférence interministérielle. La prochaine réunion de celle-ci, prévue en février 2014, sera donc consacrée à la composition et aux missions précises de ces deux instances.*

Asiel en Migratie werken hieraan mee.

Dit initiatief moet uiteraard worden aangemoedigd. Ik heb echter twee vragen. Waarom werden in het raam van de hiv-bestrijding geen streefcijfers vastgelegd? Hoe kan men zonder op cijfers gebaseerde doelstellingen de vooruitgang dankzij het plan, enerzijds, en de nog af te leggen weg, anderzijds, meten? Ik meen te weten dat UNAIDS in 2011 de cijfermatige doelstellingen voor de komende jaren heeft vastgelegd.

Kunt u ons meedelen hoe de coördinatie tussen de verschillende beleidsniveaus zal verlopen? Dat is een essentiële vraag. Onderzoek van de universiteit van Luik toont immers aan dat bij het Nationaal voedings- en gezondheidsplan de samenwerking ontbrak. Men mag met het nieuwe plan niet dezelfde fout maken.

De heer Jan Roegiers (sp.a). – Het nationaal hiv-plan van de minister werd op succes onthaald. Ik sluit me aan bij de felicitaties.

Het plan is echter nogal complex, met bevoegdheden die verspreid zijn over de verschillende overheden.

Daarom kreeg ik graag een antwoord op volgende vragen:

- 1) Hoever staat het met de implementatie van dit hiv-plan? Met andere woorden: hoe zal het concreet worden uitgerold op het terrein en wat is de timing?
- 2) Welke prioriteiten schuift de minister naar voren?
- 3) Hoe zal de minister ervoor zorgen dat via blijvend overleg de realisatie van het plan en de interactie met alle betrokkenen gegarandeerd zal worden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *In het protocolakkoord van de jongste interministeriële conferentie Volksgezondheid heeft elke minister zich ertoe verbonden om tegen 2014 een uitvoeringsplan op te stellen met de timing en de begrotingen voor de uitvoering van de acties die onder hun bevoegdheid vallen.*

Mijn diensten zijn nu al gestart met de uitwerking van het plan dat ik begin 2014 zal voorstellen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Eén van de eerste acties zal zijn een monitoringcomité oprichten, zoals in het plan voorzien, en een raad van personen met hiv samen te stellen. De betrokkenen, gezondheidswerkers, verenigingen en personen met hiv, werden al geraadpleegd. Het voorstel dat ze mij hebben voorgelegd, ben ik momenteel met mijn diensten aan het onderzoeken. Nadien zal ik het op de Interministeriële Conferentie aan mijn collega-ministers van volksgezondheid voorleggen. De volgende IMC, in februari 2014, zal dus over de precieze samenstelling en opdrachten van die twee instanties beslissen.

Le groupe de travail « Sida » de la Conférence interministérielle Santé publique assurera la concertation politique. Ce groupe se compose de représentants de tous les ministres concernés par le plan et a déjà commencé ses travaux.

Il appartiendra à chaque ministre de fixer dans le plan de mise en œuvre qu'il présentera des objectifs chiffrés pour les actions relevant de ses compétences.

Je vous donne donc rendez-vous au mois de février prochain, lors de la future conférence interministérielle.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Rendez-vous est donc pris pour dans deux mois, madame la ministre.

M. Jan Roegiers (sp.a). – *Je vous donne moi aussi rendez-vous après la réunion de la Conférence interministérielle.*

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la capitalisation de doses de Lucentis lors d'une dégénérescence maculaire» (n° 5-4151)

Mme Dominique Tilmans (MR). – Je vous avais déjà interrogée sur cette problématique de la capitalisation des doses. Vous m'aviez répondu que vous reviendriez sur cette question. Je crois d'ailleurs savoir que votre cabinet procède à cet examen.

Je tiens tout de même à rappeler que le traitement de la DMLA à base de Lucentis est remboursé par l'INAMI depuis 2007, à raison de huit injections la première année, de six la deuxième, de quatre la troisième ; à partir de la quatrième année, le remboursement est arrêté.

J'ai rencontré de nombreuses personnes qui souffrent de cette maladie ainsi que les sociétés pharmaceutiques et des ophtalmologues. Tous font part d'un souci sur cette question.

La DMLA est une maladie des yeux qui peut, en l'absence de traitement, conduire à une perte très rapide de la vue. La DMLA est la principale cause de la perte de la vue chez les plus de soixante ans dans les pays développés. En Belgique, la DMLA touche plus de 30 000 personnes et 5 000 nouveaux cas sont répertoriés chaque année. Le risque de survenue de la maladie augmente avec l'âge pour dépasser 25% de la population après 75 ans. Il est fréquent que l'atteinte d'un œil soit suivie de celle du deuxième œil, ce qui entraîne un deuxième traitement.

Vous mentionnez dans votre réponse que pour la plupart des patients souffrant d'une DMLA, une prolongation du traitement par Lucentis au-delà de trois ans est inutile. En fait, le Lucentis permet de stabiliser la maladie sur plusieurs années mais chaque injection permet de résorber l'œdème pendant un certain temps. Certes, il s'agit d'une maladie de dégénérescence mais il faut savoir que ce traitement varie d'une personne à l'autre. La particularité de la DMLA est la rapidité de la perte de la vue centrale.

En réalité, certains patients ne doivent pas, au début de la

De werkgroep "Aids" van de IMC Volksgezondheid zal instaan voor het politieke overleg. Die werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van alle ministers die bij het plan betrokken zijn en is al met de werkzaamheden begonnen.

Elke minister moet in het uitvoeringsplan de cijferdoelstellingen vastleggen voor de acties die onder zijn bevoegdheid vallen.

Alles zal duidelijk worden in februari, op de volgende interministeriële conferentie.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Afspraak over twee maanden, mevrouw de minister.*

De heer Jan Roegiers (sp.a). – Dat geldt ook voor mij, dus afspraak na de IMC.

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het kapitaliseren van de dosissen Lucentis bij een maculadegeneratie» (nr. 5-4151)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Ik heb de minister al vragen gesteld over de problematiek van het kapitaliseren van de dosissen. Ze antwoordde mij dat ze er zou op terugkomen. Ik denk dat het kabinet van de minister bezig is dit te onderzoeken.*

Toch wil ik nog eens in herinnering brengen dat de behandeling van leeftijdsgebonden maculadegeneratie (LMD) met Lucentis sedert 2007 door het RIZIV wordt terugbetaald, a rato van acht injecties tijdens het eerste jaar, zes tijdens het tweede jaar, vier tijdens het derde jaar. Vanaf het vierde jaar wordt de terugbetaling stopgezet.

Ik heb veel mensen ontmoet met die aandoening evenals farmabedrijven en oogartsen. Ze uiten allen dezelfde bekommernis.

LMD is een ziekte die de ogen aantast en die, als ze niet behandeld wordt, kan leiden tot snel gezichtsverlies. LMD is de belangrijkste oorzaak van gezichtsverlies bij zestigplussers in ontwikkelde landen. In België treft LMD meer dan dertigduizend personen en elk jaar worden vijfduizend nieuwe gevallen gemeld. Het risico op het ontstaan van de ziekte neemt toe met de leeftijd en treft meer dan 25% van de bevolking na de leeftijd van vijfenzeventig jaar. Vaak gebeurt het dat eerst één oog en daarna het andere wordt aangetast, wat leidt tot een tweede behandeling.

In haar antwoord meldt de minister dat voor de meeste patiënten die lijden aan LMD, een verlenging van de behandeling met Lucentis na drie jaar nutteloos is en de patiënt niets oplevert. Met Lucentis kan de ziekte verschillende jaren gestabiliseerd worden, maar met elke injectie wordt het oedeem gedurende enige tijd geresorbeerd. Het is weliswaar een degeneratieve aandoening, maar de behandeling is verschillend van persoon tot persoon. Kenmerkend voor LMD is dat het centraal zicht snel achteruitgaat.

maladie, recevoir le nombre d'injections autorisées par an ; d'autres dépassent ce nombre et, bien qu'ils obtiennent un bon résultat, ne peuvent pas recevoir le traitement tel qu'exigé par l'affection ou à tout le moins bénéficier d'une répartition des injections selon leurs besoins précis.

Il semble donc important de pouvoir étaler le nombre de doses et de les capitaliser selon l'évolution de la maladie et suivant l'analyse des ophtalmologues. Cette mesure permettrait de prolonger le traitement et de reporter ainsi, le plus loin possible, l'évolution irréversible de cette maladie.

Pourquoi ne pas laisser la faculté aux ophtalmologues de fixer les doses, tenant compte du nombre total admis ?

Sans traitement, la moitié des personnes atteintes de DMLA est amenée à perdre la vue. Pour certaines de ces personnes, en l'espace d'une année seulement. N'est-il pas préférable de capitaliser les doses de Lucentis en fonction de l'évolution de la maladie plutôt qu'en fonction du nombre annuel fixé par l'INAMI, ce qui permettrait aux malades de rester autonomes ? Ou préfère-t-on arrêter le traitement pour réaliser des économies et faire de ces patients des personnes dépendantes qui nécessiteront une aide quotidienne et des mesures d'accompagnement très élevées ? C'est une question de cohérence.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Avant de vous exposer ma réponse, permettez-moi de vous faire part de mon étonnement. Vous me dites souvent que vous avez rencontré des firmes qui partagent votre vision des choses mais elles ne pratiquent pas les études qui permettraient de changer le schéma. Pourquoi ne viennent-elles pas me voir au lieu de tenir des discours divergents ? C'est agaçant.

Les conditions de remboursement du Lucentis sont basées sur les résultats des études scientifiques réalisées à ce jour dans le traitement de la DMLA. Actuellement, aucune étude n'a démontré qu'un traitement au-delà de trois ans avait un effet positif sur l'acuité visuelle des patients. Habituellement, la vision reste stable ou diminue lentement. La firme qui commercialise le médicament n'a pas l'intention de mener des études pour des traitements au-delà de trois ans. Posez-leur la question. Il est évident que si des études démontraient un intérêt à revoir la répartition, le nombre de doses par année de traitement et la durée de ce dernier, la firme demanderait une modification des modalités de remboursement auprès de la Commission de Remboursement des Médicaments – CRM. Malheureusement, en l'absence de ces données, la CRM ne peut justifier le lancement d'une procédure de modification des modalités de remboursement de la spécialité pharmaceutique Lucentis.

Par ailleurs, je vous informe qu'une étude à long terme, l'étude Luminous, est en cours et devrait apporter des réponses en termes de sécurité et d'efficacité fin 2016, c'est-à-dire avec des données à cinq ans.

Enfin, pour répondre à votre seconde question, je vous informe qu'au 1^{er} août 2013, les bases de remboursement du Lucentis et de l'Eylea ont été diminuées de 15% par rapport à

Eigenlijk hoeven bepaalde patiënten in het begin van de ziekte niet het aantal toegestane injecties per jaar krijgen. Anderen overschrijden dat aantal en ondanks het goede resultaat mogen ze niet de behandeling krijgen die hun aandoening vergt, of op zijn minst aanspraak maken op een herverdeling van de injecties volgens hun precieze noden.

Het zou dus belangrijk zijn het aantal dosissen te kunnen spreiden over verschillende jaren, het totale aantal te verdelen naargelang de evolutie van de ziekte en de adviezen van de oogarts. Die maatregel zou het mogelijk maken de behandeling te verlengen en aldus de evolutie van deze onomkeerbare ziekte zo lang mogelijk uit te stellen.

Waarom kan aan oogartsen niet de mogelijkheid worden gelaten om de dosissen te bepalen, rekening houdend met het totaal aantal toegelaten dosissen?

Zonder behandeling zullen de helft van de personen die getroffen worden door LMD hun zicht verliezen, sommigen van hen zelfs binnen het jaar. Is het niet beter de dosissen Lucentis toe te dienen naargelang van de evolutie van LMD, veeleer dan volgens het door het RIZIV vastgestelde jaarlijkse aantal, zodat de betrokken personen hun autonomie kunnen behouden? Of verkiest men de behandeling stop te zetten uit besparingsoverwegingen en deze patiënten afhankelijk te maken, zodat ze dagelijks hulp en zeer verre gaande begeleidingsmaatregelen nodig hebben? Dat lijkt niet erg coherent.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Vooreerst wil ik aangeven dat het mij verbaast dat er bedrijven zouden zijn die uw standpunt delen, terwijl ze niet meedoen aan de studies die een wijziging van het schema mogelijk zouden maken. Waarom komen die bedrijven niet naar mij toe in plaats van koud en warm tegelijk te blazen? Dat is vervelend.

De voorwaarden voor de terugbetaling van Lucentis zijn gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijke studies die uitgevoerd zijn in verband met de behandeling van LMD. Er is momenteel geen enkele studie die aantoont dat een behandeling gedurende meer dan drie jaar een positief effect zou hebben op de gezichtsscherpte van de patiënten. Gewoonlijk blijft het zicht stabiel of gaat het langzaam achteruit. Het bedrijf dat het geneesmiddel verkoopt, is niet van plan studies uit te voeren met betrekking tot een behandeling van meer dan drie jaar. U kunt hen de vraag stellen. Wanneer uit studies zou blijken dat een wijziging of een herverdeling van het aantal dosissen per jaar van behandeling, of de verlenging ervan, enig nut zou hebben, zou het bedrijf een wijziging van de terugbetalingsvoorwaarden aanvragen bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). Bij gebrek aan dergelijke gegevens kan de CTG geen procedure voor de wijziging van de terugbetalingsvoorwaarden van de farmaceutische specialiteit Lucentis opstarten.

Momenteel loopt een langetermijnstudie onder de naam Luminous die antwoorden zal aanreiken over veiligheid en doeltreffendheid tegen eind 2016, met gegevens over vijf jaar.

Wat de tweede vraag betreft, werd op 1 augustus de basis voor terugbetaling van Lucentis en van Eylea met 15% verminderd in vergelijking met de vorige basis voor

la base de remboursement précédente du Lucentis. Par ailleurs, les conditions de remboursement restent inchangées dans le cadre du traitement de la DMLA.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Je ne me fais pas la défenderesse des sociétés pharmaceutiques mais plutôt l’avocate des patients et même, en quelque sorte, des ophtalmologues qui, face à des patients en détresse, en viennent parfois à outrepasser la loi en prescrivant de l’Avastin qui coûte moins cher et qui peut aussi sauver la vue des patients. Cela prouve d’ailleurs qu’il est parfois possible de stabiliser la vue.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Vous devez aussi comprendre que nos instances ne disposent d’aucune étude scientifique et que la firme n’a soumis aucune demande et n’a déposé aucun dossier. C’est une situation compliquée.

L’étude Luminous ne produira malheureusement ses résultats qu’en 2016. Nous avons en effet besoin de données réparties sur une période importante. Vous pourriez argumenter dans ce sens auprès des représentants des firmes que vous rencontrez.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Soyez assurée que je me fais aussi l’avocat du diable, mais ils estiment déjà consentir un effort en donnant un quota de médicaments supplémentaires non négligeable, afin de permettre aux ophtalmologues de soigner davantage de patients.

Je reviens à ma question essentielle. Pourquoi maintenir ce nombre fixé par l’INAMI de huit, de six et de quatre injections ? Pourquoi ne pas permettre de capitaliser le quota et de laisser l’ophtalmologue choisir la meilleure option 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. – Parce que d’autres ophtalmologues, dans le cadre des réunions en comité de concertation, ont recommandé de procéder de la sorte. Je ne suis pas ophtalmologue et ce n’est évidemment pas moi qui ai fixé le nombre de doses ni leur mode d’administration. Tout cela est le résultat d’une négociation entre la firme et les spécialistes. Telle est la procédure.

Mme Dominique Tilmans (MR). – L’objectif est de progresser. Je crois que les praticiens se sont exprimés par écrit. J’avais rencontré des ophtalmologues de différentes universités et de différents hôpitaux – ce qui était déjà une prouesse – et tous ont émis le regret de ne pas pouvoir capitaliser ces doses.

Les traitements sont coûteux, on le sait. Supposons que le patient n’ait besoin que de deux injections la première année. Il en perd donc deux qui pourraient lui être extrêmement précieuses par la suite. Je vous demande d’être attentive à ce sujet, madame la vice-premier ministre.

terugbetaling van Lucentis. De terugbetalingsvoorwaarden in het kader van de behandeling van LMD blijven ongewijzigd.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Ik wil me niet opwerpen als verdediger van farmabedrijven, doch veeleer als spreekbuis van patiënten en in zekere zin ook van oogartsen die, om hun patiënten te helpen, soms de wet overtreden en het goedkopere Avastin voorschrijven waarmee het zicht van patiënten ook kan gered worden. Daaruit blijkt dat het gezichtsvermogen soms kan worden gestabiliseerd.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *In dit verband beschikken onze instanties over geen enkele wetenschappelijke studie en heeft het bedrijf geen aanvraag ingediend of geen dossier voorgelegd. Dat maakt het ingewikkeld.*

De Luminous-studie zal pas resultaten opleveren in 2016. Er is immers nood aan gegevens die over een langere periode lopen. Dat kunt u misschien meegeven aan de vertegenwoordigers van de bedrijven die u ontmoet.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Ik wil ook wel advocaat van de duivel zijn, maar ze vinden dat ze al een inspanning leveren door een niet onaanzienlijk quotum van bijkomende geneesmiddelen ter beschikking te stellen zodat oogartsen meer patiënten kunnen verzorgen.*

Ik kom terug tot de kernvraag. Waarom blijven de aantallen die door het RIZIV per jaar zijn vastgelegd op acht, zes en vier injecties? Waarom kan het quotum niet gekapitaliseerd worden en laat men de oogartsen niet de beste behandelingswijze kiezen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Omdat andere oogartsen die zich hierover beraden hebben in vergaderingen van het overlegcomité, deze behandelingswijze aanbevelen. Ik ben geen oogarts en ik heb dus zeker niet het aantal dosissen en de frequentie van de toediening ervan bepaald. Dit alles is het resultaat van een onderhandeling tussen het bedrijf en de specialisten. Zo verloopt de procedure.*

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Het doel is om vooruitgang te boeken. Ik denk dat de artsen een schriftelijk standpunt hebben uitgewerkt. Ik heb oogartsen van verschillende universiteiten en van verschillende ziekenhuizen ontmoet, wat op zich al niet vanzelfsprekend is, en allen verklaarden te betreuren dat ze de dosissen niet konden kapitaliseren.*

Het is een dure behandeling. Indien de patiënt het eerste jaar maar twee injecties nodig heeft, dan verliest hij er twee, die hem later misschien van heel groot nut zouden zijn. Daarom vraag ik de vice-eersteminister om dit van nabij op te volgen.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les suppléments d'honoraires pour les prestations en hospitalisation de jour» (n° 5-4158)

M. Louis Ide (N-VA). – *Voici quelque temps, j'avais demandé à la ministre si on publierait une liste des interventions en hospitalisation de jour pour lesquelles des suppléments d'honoraires seraient permis.*

Elle devait demander l'avis de la Commission médico-mutualiste au sujet de l'élaboration d'une liste de prestations en hospitalisation de jour pour lesquelles plus aucun supplément d'honoraires ne serait demandé. La commission devait remettre peu après son avis à la ministre.

La ministre a-t-elle depuis lors reçu cet avis ? Quelle en était la teneur ? La ministre suivra-t-elle cet avis ? Établira-t-on réellement une liste des prestations en hospitalisation de jour excluant les suppléments d'honoraires ? Pour quelles prestations des suppléments d'honoraires seront-ils encore possibles ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Ces dispositions réglementaires nécessitent en effet une concertation préalable. La loi interdisant les suppléments d'honoraires en chambre commune et en chambre à deux lits le prévoit explicitement.*

J'ai reçu une première réaction de la Commission nationale médico-mutualiste indiquant que les partenaires de cet organe de concertation étaient parvenus à un consensus. Aucun supplément ne peut être réclamé pour les prestations en hospitalisation de jour de type hémato-oncologique.

Le débat s'est poursuivi, l'un des partenaires souhaitant étendre l'interdiction à d'autres types d'hospitalisation de jour. Je viens d'apprendre qu'aucun nouveau consensus n'avait pu être dégagé à ce sujet.

La loi sur les hôpitaux impose également une concertation au sein de la commission paritaire médecins-hôpitaux. J'ai sollicité l'avis des deux organes. Ce point était inscrit à l'ordre du jour de la dernière séance de cette commission. J'attends encore l'avis formel mais il semblerait que les membres se soient contentés de faire référence à la recommandation 4.6 de l'accord médico-mutualiste du 23 janvier 2013. Cet accord prévoit que les médecins conventionnés ou non ne réclament pas de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre commune ou à deux lits et ayant droit à l'intervention majorée, atteints d'une maladie chronique ou suivant un traitement oncologique de jour.

Je ne peux que regretter qu'aucun accord plus large n'ait pu être conclu à ce sujet. Je vais analyser les points de vues des parties et étudier les mesures qu'il est possible de prendre.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ereloonsupplementen voor verstrekkingen in daghospitalisatie» (nr. 5-4158)

De heer Louis Ide (N-VA). – Enige tijd geleden vroeg ik de minister of er in de toekomst een lijst zou komen van ingrepen waarvoor ereloonsupplementen in daghospitalisatie nog mogelijk zouden zijn.

Ze zou de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen om advies vragen betreffende het opstellen van een lijst van verstrekkingen bij daghospitalisaties waarvoor geen ereloonsupplementen meer kunnen worden gevraagd. De commissie zou de minister weldra op de hoogte te brengen van haar advies.

Ontving de minister intussen dit advies? Hoe luidde dit advies? Zal de minister dit volgen? Komt er nu effectief een lijst van verstrekkingen bij daghospitalisaties waarvoor geen ereloonsupplementen meer kunnen worden gevraagd? Voor welke verstrekkingen zullen wel ereloonsupplementen kunnen worden gevraagd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Voor deze reglementaire bepalingen moet inderdaad vooraf overlegd worden gepleegd. De wet op het verbod op ereloontoeslagen in de gemeenschappelijke en tweepersoonskamers, heeft daar uitdrukkelijk in voorzien.

Ik kreeg een eerste reactie van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen. Daarin wordt gezegd dat de partners van dit overlegorgaan een consensus hebben bereikt. Voor de verstrekkingen tijdens een daghospitalisatie van het type hemato-oncologie mogen geen ereloonsupplementen meer worden gevraagd.

Het debat werd voortgezet, want een van de partners wenste dat het verbod zou worden uitgebreid tot andere types van daghospitalisatie. Ik werd er zeer onlangs van op de hoogte gebracht dat hierover geen nieuwe consensus kon worden bereikt.

De ziekenhuiswet verplicht eveneens een overleg in de paritaire commissie artsen-ziekenhuizen. Ik heb de twee organen laten bevragen. Dat punt stond op de agenda van de laatste zitting van die commissie. Ik wacht nog op het formele advies, maar naar verluidt hebben de leden er zich toe beperkt te verwijzen naar aanbeveling 4.6 van het artsen-ziekenfondsenakkoord van 23 januari 2013. Daarin staat dat zowel verbonden als niet-verbonden artsen in het dagziekenhuis geen ereloonsupplementen zouden aanrekenen voor patiënten in gemeenschappelijke of tweepersoonskamers en die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, chronisch ziek zijn of een oncologische dagbehandeling volgen.

Ik kan uiteraard alleen maar betreuren dat hierover geen ruimer akkoord kon worden bereikt. Ik zal niettemin de standpunten van de partijen analyseren en nagaan welke

M. Louis Ide (N-VA). – *Dans quel délai cela pourrait-il être fait ?*

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

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le résumé infirmier minimum» (n° 5-4162)

M. Louis Ide (N-VA). – *Je me suis déjà renseigné antérieurement sur l'état d'avancement des Nursing Related Groups, les NRG, et l'exploitation de ces données pour le financement hospitalier.*

L'étude en la matière menée par le CHU de Liège et la KU Leuven est à présent terminée. Est-il possible de me la procurer ?

Selon la ministre, le Conseil national des établissements hospitaliers n'aurait pas été en état de rendre un avis unanime concernant l'introduction des DI-RHM dans le financement à partir de juillet 2013. L'introduction rapide d'un nouveau système de financement basé sur les NRG a ses partisans mais aussi ses détracteurs. Quelles sont les différentes positions concrètes ? Quelles sont les considérations des divers protagonistes favorables et opposés à cette introduction rapide ?

Les règles en matière de calcul ont-elles déjà été définies et élaborées ?

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Le Conseil national des établissements hospitaliers n'a pas rendu d'avis sur l'exploitation des données hospitalières pour le financement hospitalier, même s'il a déjà été demandé dans diverses réunions du groupe de travail ad hoc d'examiner la question d'une demande d'avis.*

La majorité des membres confirment qu'ils sont favorables à une intégration des données dans le financement des unités de soins des hôpitaux, mais aucun consensus n'a été dégagé sur le moment et le processus de cette intégration. Diverses raisons sont à la base de ces divergences d'opinion, et je ne puis bien entendu indiquer que celles qui m'ont été exposées.

Les partisans de l'intégration invoquent qu'il est normal de financer une activité sur la base d'un indicateur pertinent dans ce cadre et que les données infirmières utilisées sont trop anciennes et trop peu représentatives. C'est pire qu'un système qui en est à ses débuts et qui peut être amélioré au travers de l'exploitation. Ceux qui veulent reporter l'intégration évoquent la nécessité d'une analyse et d'un feed-back supplémentaires. D'autres encore souhaitent créer un instrument provisoire pour intégrer les données.

Mon administration travaille actuellement sur la base des données les plus récentes et procède à des contrôles et audits

maatregelen zouden kunnen worden getroffen.

De heer Louis Ide (N-VA). – *Op welke termijn ziet de minister het?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Daar kan ik niet op antwoorden.*

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de minimale verpleegkundige gegevens» (nr. 5-4162)

De heer Louis Ide (N-VA). – *Eerder peilde ik naar de stand van zaken omtrent de bepaling van de Nursing Related Groups, NRG's, en het gebruik hiervan voor het bepalen van de ziekenhuisfinanciering.*

De studie in dit verband van het CHU van Luik en de KU Leuven is intussen afgerond. Is het mogelijk om mij deze studie te bezorgen?

De Nationale Raad voor de Ziekenhuisvoorzieningen zou volgens de minister niet in staat geweest zijn een eensgezind advies te verlenen met betrekking tot het invoeren van de VG-MZG in de financiering vanaf juli 2013. Zo zouden er zowel voor- als tegenstanders zijn van een snelle invoering van een nieuw financieringssysteem gebaseerd op de NRG's. Wat zijn concreet de verschillende posities? Welke zijn de beweegredenen van de verschillende protagonisten voor en tegen de snelle invoering?

Zijn de regels in verband met de berekening intussen al vastgelegd en uitgewerkt?

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft geen advies gegeven over het gebruik van de ziekenhuisgegevens in de ziekenhuisfinanciering, ook al werd er in verschillende vergaderingen van een ad-hoc werkgroep gevraagd het verzoek om advies te behandelen.*

De meeste leden bevestigen dat ze voorstander zijn van een integratie van de gegevens in de financiering van de zorgeenheden van de ziekenhuizen, maar er werd geen consensus bereikt over het tijdstip en de manier van die integratie. Verschillende redenen liggen ten grondslag aan die meningsverschillen en ik kan uiteraard alleen maar de redenen geven die men me heeft uiteengezet.

Voorstanders van de integratie voeren aan dat het normaal is een activiteit te financieren op basis van een daarvoor relevante indicator en dat de gebruikte verpleegkundige gegevens te oud en te weinig representatief zijn. Dat is erger dan een "beginnend" systeem dat doorheen het gebruik kan worden verbeterd. Degenen die de integratie willen uitstellen, zeggen dat er behoefte is aan extra analyse en terugkoppeling. Nog anderen willen een voorlopig instrument maken om de gegevens te integreren.

Mijn administratie werkt momenteel op basis van de meest

supplémentaires sur le terrain. Elle adapte les propositions à celles qui résultent de l'étude afin d'éviter les fautes constatées. L'objectif est de mettre sur pied des profils de soins infirmiers dans lesquels ces derniers puissent retrouver leurs pratiques. L'enregistrement peut se faire non seulement pour le financement mais il doit aussi être une aide à la gestion des soins et de l'équipe, ainsi qu'un instrument d'amélioration de cette gestion.

Les profils de soins infirmiers seront introduits dans le financement des unités dès le 1^{er} juillet 2014. Le secteur en a été informé le 1^{er} juillet 2013 par la circulaire relative au BMF. Je vise en particulier les professionnels infirmiers qui ne comprendraient pas que les enregistrements qui sont représentatifs de leur activité et exigent un investissement important ne soient pas exploités pour financer ces activités.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je note qu'aucun consensus n'a été dégagé et que la ministre veut commencer le 1^{er} juillet 2014.*

Puis-je obtenir l'étude menée à Liège et à Louvain ?

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° 5-4170)

M. Louis Ide (N-VA). – *Le cancer du sein est l'un des cancers les plus répandus chez les femmes. Il est donc judicieux que les communautés investissent dans le dépistage de ce cancer.*

Comme le Centre d'expertise des soins de santé (KCE) le préconise, c'est par une mammographie de dépistage pratiquée tous les deux ans sur toutes les femmes de 50 à 69 ans que ce dépistage peut le mieux être effectué.

À côté de cette mammographie de dépistage qui n'est remboursée que dans le cadre d'un dépistage généralisé, il est aussi possible de faire réaliser à tout âge une mammographie « ordinaire ».

En Belgique, il n'est pas rare qu'une mammographie « ordinaire » soit pratiquée chez les femmes visées par le dépistage généralisé et celles qui ne font pas partie du groupe à risque. Cette mammographie est non seulement superflue selon les directives internationales mais elle peut aussi donner lieu à davantage de résultats faussement négatifs et expose inutilement les femmes aux rayons.

Le grand-duché de Luxembourg a résolu ce problème en limitant le remboursement des mammographies pratiquées en dehors du dépistage d'une population donnée aux femmes qui font partie d'un groupe à risque.

La ministre demandera-t-elle au Conseil technique médical d'élaborer une proposition afin de limiter le remboursement des mammographies pratiquées en dehors du dépistage généralisé aux femmes qui font partie d'un groupe à risque ?

recente gegevens en voert op het terrein extra controles en audits uit. Ze past de voorstellen aan die voortvloeien uit de studie om de vastgestelde fouten te vermijden. Het is de bedoeling om *Nursing Related Groups* (NRG's) op te zetten waarin de verpleegkundigen hun praktijken kunnen terugvinden. De registratie mag niet enkel voor de financiering dienen, maar moet ook helpen bij het zorg- en teambeheer, en een instrument vormen om dat te verbeteren.

De NRG's zullen wel degelijk vanaf 1 juli 2014 in de financiering van de eenheden worden ingevoerd. De sector werd daarover op 1 juli 2013 ingelicht met de circulaire betreffende de FMB. Ik bedoel in het bijzonder de beroepsverpleegkundigen, die niet zouden begrijpen dat de registraties die representatief zijn voor hun activiteit en die een belangrijke investering vergen, niet zouden worden gebruikt om die activiteit te financieren.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik merk op dat er geen consensus was en dat de minister op 1 juli 2014 van start wil gaan.

Kan ik de studie van Luik en Leuven bekomen?

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de borstkankerscreening» (nr. 5-4170)

De heer Louis Ide (N-VA). – Borstkanker is een van de meest voorkomende kankers bij vrouwen. Onlangs merkte ik dat de premier zijn kerstboom met roze bollen heeft versierd om daar aandacht voor te vragen. Daarom is het een goede zaak dat de gemeenschappen investeren in borstkankerscreening.

Borstkankerscreening kan het best worden uitgevoerd, zoals het Kenniscentrum voorstelt, door middel van een screeningsmammografie om de twee jaar bij alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar.

Naast de screeningsmammografie, die enkel in het kader van een bevolkingsonderzoek wordt vergoed, bestaat uiteraard ook nog de mogelijkheid om op elke leeftijd een "gewone" mammografie uit te voeren.

In België worden "gewone" mammografieën nog relatief vaak uitgevoerd bij vrouwen die onder het bevolkingsonderzoek vallen en bij vrouwen die niet tot een risicogroep behoren. Dat is niet alleen overbodig volgens de internationale richtlijnen, het kan ook leiden tot meer vals negatieve resultaten en stelt vrouwen onnodig bloot aan straling.

Het Groothertogdom Luxemburg heeft dat opgelost door de terugbetaling van mammografieën buiten het bevolkingsonderzoek te beperken tot vrouwen die tot een risicogroep behoren.

Zal de minister aan de Technische Geneeskundige Raad vragen een voorstel uit te werken om de terugbetaling van mammografieën buiten het bevolkingsonderzoek te beperken tot vrouwen die tot een risicogroep behoren?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Vous savez que la détection précoce du cancer du sein est pour nous primordiale. Nous sommes conscients des points de vue divergents à ce sujet.

La détection précoce se fait en effet aujourd'hui au moyen de la mammographie ou du « mammothest » dans le cadre d'un dépistage généralisé (avec deuxième lecture) des femmes âgées de 50 à 69 ans, ainsi que d'un dépistage d'opportunité, une mammographie de diagnostic (sans deuxième lecture) qui ne se limite pas à certains groupes d'âge ou profils de risque.

Je tiens à souligner que l'organisation du dépistage du cancer du sein dans une population donnée relève de la compétence des communautés alors que le financement vient en grande partie du fédéral. Il y a à ce sujet une concertation à la Conférence interministérielle (CIM).

En 2010, le Conseil médical technique de l'INAMI a proposé d'adapter la nomenclature afin de limiter aux groupes à risque le remboursement des mammographies de dépistage chez les femmes asymptomatiques. À cette occasion, j'ai pris l'initiative d'organiser deux tables rondes sur ce thème, en plus de la CIM. Les différentes parties concernées, y compris les communautés, y ont été associées. Les conclusions du rapport du KCE sur les groupes à risque et les techniques de détection recommandées ont été présentées, et différentes propositions visant à un dépistage d'excellente qualité dans les groupes cibles pertinents ont été discutées.

Raison pour laquelle j'ai proposé à la CIM de conclure un protocole d'accord avec toutes les parties concernées pour que tout soit prévu pour atteindre cet objectif.

J'ai demandé au Conseil médical technique de l'INAMI, en attendant les résultats, s'il l'on pouvait déjà adapter la nomenclature pour que les femmes présentant un risque élevé de cancer du sein bénéficient d'un accès optimal aux examens de dépistage adéquats.

M. Louis Ide (N-VA). – *La réponse de la ministre me déçoit quelque peu. Le remboursement de la mammographie de diagnostic étant une matière purement fédérale, la ministre est libre d'en fixer les critères. Les études existent dans ce domaine et le KCE y fait lui aussi référence. La ministre dispose donc de tous les outils pour fixer les critères de remboursement pertinents pour les mammographies de diagnostic.*

J'ai l'impression que les différents acteurs mènent une sorte de combat d'arrière-garde dépourvu de tout caractère scientifique. C'est regrettable. D'un point de vue purement scientifique, c'est une évidence : pratiquons des mammographies de dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans et réservons les mammographies de diagnostic aux femmes présentant un risque élevé. En plus de leurs effets sur la santé, ces mammographies ont un coût budgétaire élevé. Je demande donc à la ministre qu'elle s'engage à clarifier la situation, peut-être encore avant la fin de la législature, d'une

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De vroege opsporing van borstkanker krijg al onze aandacht. Dat is bekend. We zijn ons ook bewust van de uiteenlopende standpunten over het onderwerp.

Een vroege opsporing gebeurt vandaag inderdaad enerzijds met de screeningsmammografie of “mammothest” voor vrouwen van 50 tot 69 jaar, in het kader van het bevolkingsonderzoek, met een tweede lezing van de resultaten, en anderzijds met de “opportunistische” screening, een diagnostische mammografie zonder tweede lezing die niet beperkt is tot bepaalde leeftijdsgroepen of risicoprofielen.

Ik wijs erop dat de organisatie van de borstkankerscreening in het kader van een bevolkingsonderzoek onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt, terwijl de financiering ervan in belangrijke mate door de federale overheid gebeurt. Hierover wordt overleg gevoerd in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

In 2010 werkte de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV een voorstel tot nomenclatuurherziening uit om de terugbetaling van mammografieën voor screening van vrouwen zonder symptomen te beperken tot risicogroepen. Naar aanleiding daarvan heb ik het initiatief genomen om aanvullend bij het interministerieel overleg twee rondetafelgesprekken over het thema te organiseren. De verschillende stakeholders, ook de gemeenschappen, werden daarbij betrokken. De bevindingen van het KCE-rapport over de risicogroepen voor borstkanker en de aanbevolen opsporingstechnieken kwamen aan bod, maar er werden ook verschillende voorstellen besproken om te komen tot een kwalitatief hoogstaande screening in de juiste doelgroepen.

Daarom heb ik nu aan de Interministeriële Conferentie voorgesteld om met alle betrokken overheden een protocolakkoord te sluiten, dat de omstandigheden schept om deze doelstelling te bereiken.

Ik heb de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV gevraagd om in afwachting daarvan te onderzoeken of de nomenclatuur al kan worden aangepast, zodat vrouwen met een sterk verhoogd risico op borstkanker een optimale toegang tot de aangewezen opsporingsonderzoeken krijgen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Het antwoord van de minister ontgoochelt me enigszins. Uiteindelijk is de terugbetaling van de diagnostische mammografie een puur federale materie en kan de minister de criteria daarvoor vastleggen. Daarnet wees ze mevrouw Tilmans terecht omdat er geen studies waren. Voor dit onderwerp zijn die er wel en het KCE verwijst er ook naar. De minister heeft dus alle middelen om de juiste terugbetalingscriteria voor diagnostische mammografieën vast te leggen.

Ik heb de indruk dat de verschillende actoren een soort achterhoedegevecht leveren waarin de wetenschappelijkheid niet speelt. Dat is te betreuren. Puur wetenschappelijk gezien is het klaar en duidelijk: screeningmammografieën voor vrouwen van 50 tot 69 jaar en diagnostische mammografieën uitsluitend voor vrouwen met een hoog risico. Los van de gezondheidskosten zijn aan dergelijke mammografieën immers hoge budgettaire kosten verbonden. Ik vraag de minister dus dat ze zich engageert om het probleem misschien

manière scientifique. Pourquoi ne pas nous inspirer du grand-duché de Luxembourg ? Nous pourrions adopter purement et simplement son système. La ministre tient-elle compte de cet exemple étranger qui a prouvé son efficacité ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Nous connaissons tout ce qui se passe partout mais nous avons nos spécificités en Belgique.

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 dossier n'est pas simple. Il faut accroître le nombre de dépistages et diminuer certains tests peut équivaloir à donner un mauvais signal. Les deux tables rondes ont donné lieu à une concertation efficace. Les acteurs – gynécologues, administration, oncologues – ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde mais nous tentons de dégager un compromis.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Je veux bien croire qu'il ne soit pas simple d'expliquer les choses au public mais c'est aussi le rôle d'un responsable politique. Nous étions tous d'accord concernant le total body scan qui, heureusement, n'a pas eu de succès. Nous devons également veiller à respecter les critères scientifiques corrects pour les mammographies de dépistage. Le Centre d'expertise des soins de santé a défini ces critères. J'insiste vraiment pour que l'on suive cette piste et rappelle à l'ordre les personnes tentées de s'en écarter dans la concertation.*

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'amélioration, par l'entraînement physique, de la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein» (n° 5-4208)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Un projet de recherche au sujet de l'amélioration de la qualité de vie et de la réintégration des femmes atteintes d'un cancer du sein, suivant un traitement adjuvant, par l'entraînement physique et l'encadrement du mode de vie est en cours dans plusieurs hôpitaux belges, depuis septembre 2012.

L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'efficacité d'un programme de revalidation oncologique multidisciplinaire standardisé, c'est-à-dire d'analyser les coûts et bénéfices d'un tel programme de rééducation fondé entre autres sur l'activité physique.

Si le projet était au départ mis en place dans six hôpitaux, il était prévu qu'il soit étendu à quinze hôpitaux à partir de septembre 2013.

Pourriez-vous préciser l'étendue actuelle de ce projet ? Celui-ci a-t-il bien été mis en place dans les neuf hôpitaux

nog deze legislatuur uit te klaren, op een wetenschappelijk verantwoorde manier, zoals het hoort. Waarom kunnen we niet leren van onze kleine buur, het Groothertogdom Luxemburg? We kunnen gewoon hun systeem overnemen. Houdt de minister rekening met dat buitenlands voorbeeld, dat blijkt te werken?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *We weten wat er zich elders afspeelt, maar in België is de situatie bijzonder.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het is geen gemakkelijk dossier. Het aantal opsporingsonderzoeken moet worden verhoogd en dan kan het terugschroeven van bepaalde tests een verkeerd signaal geven. De twee rondetafelconferenties hebben echter een goed overleg opgeleverd. De actoren – gynaecologen, administratie, oncologen – zijn het niet altijd met elkaar eens, maar we zoeken naar een akkoord.

De heer Louis Ide (N-VA). – Dat het niet gemakkelijk uit te leggen is aan het publiek, wil ik aannemen, maar dat is dan ook de taak van een politicus. Over de *total body scan* waren we het helemaal eens. Men kan de mensen een rad voor de ogen draaien door preventieve onderzoeken aan te bieden die niets bijdragen. Gelukkig hebben mensen gezond verstand en de *total body scan* werd dus geen succes. Ook bij mammoscreening moeten we ervoor zorgen dat we blijven vasthouden aan correcte wetenschappelijke criteria. Het Kenniscentrum heeft die criteria geformuleerd. Ik dring er echt op aan dat spoor te volgen en de mensen die ervan willen afwijken in het overleg terecht te wijzen.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verbetering van de levenskwaliteit van vrouwen met borstkanker door middel van fysieke training» (nr. 5-4208)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Sinds september 2012 loopt in verschillende Belgische ziekenhuizen een onderzoeksproject naar de levenskwaliteitsverbetering en re-integratie van adjuvant behandelde vrouwen met borstkanker door middel van fysieke training en levensstijlbegeleiding.*

De bedoeling is de effectiviteit van een gestandaardiseerd multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma te meten, meer bepaald een kosten-batenanalyse te maken van een revalidatieprogramma dat onder meer gebaseerd is op fysieke training.

Het project werd oorspronkelijk in zes ziekenhuizen opgezet en zou vanaf september 2013 naar vijftien ziekenhuizen worden uitgebreid.

Mevrouw de minister, wat is de huidige omvang van het project? Werd het project effectief in negen extra

supplémentaires ?

Si le projet a été étendu, je suppose que les premiers résultats étaient positifs. Pourriez-vous dès lors nous les communiquer ?

J'aimerais savoir plus particulièrement quel est l'apport respectif de l'activité physique et celui du mode de vie. Et à propos du mode de vie, sur la base de quels critères et suivant quelles modalités l'alimentation a-t-elle été prise en considération ?

Pourriez-vous également préciser quand est prévue la prochaine évaluation du projet ?

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 projet de recherche que vous mentionnez sur l'efficacité d'un programme de rééducation oncologique multidisciplinaire standardisé est actuellement effectué dans quatorze hôpitaux et le sera prochainement dans un quinzième. Les neuf hôpitaux supplémentaires pour la phase 3 du projet ont été sélectionnés et cette dernière phase vient de débiter en septembre 2013.

Le rapport final sur ce projet est attendu début 2016.

Le programme de rééducation oncologique multidisciplinaire combine l'entraînement physique et la psychoéducation pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, traitées par adjuvant – la post-thérapie. Le mode de vie, y compris l'alimentation, fait partie des sujets abordés. Des séances de nutrition, assurées par un nutritionniste expérimenté dans l'accompagnement de patientes oncologiques, sont prévues.

L'évaluation des résultats comprendra entre autres :

1° La vérification de l'efficacité du programme. Les paramètres de résultat primaires sont la qualité de vie et la fatigue. Les paramètres de résultat secondaires sont les capacités fonctionnelles et le bien-être émotionnel.

2° Une analyse coûts-bénéfices de ce programme de rééducation standardisé.

L'exécution de ce projet est suivie, pour le Comité de l'assurance de l'INAMI, par un Comité d'accompagnement présidé par un membre de l'administration de l'INAMI ; il est composé des représentants de l'hôpital coordinateur – l'UZ Gent – et des organismes assureurs, ainsi que d'un représentant des kinésithérapeutes, d'un représentant des médecins généralistes, d'un représentant des médecins spécialistes et d'un représentant des hôpitaux.

Le Comité d'accompagnement se réunit au moins une fois par an. Après la phase 3, le coordinateur de l'étude devra rédiger un rapport qui sera transmis au Comité de l'assurance, après approbation par le Comité d'accompagnement.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Nous nous donnerons donc éventuellement rendez-vous en 2016, au moment de l'échéance de l'évaluation.

ziekenhuizen opgezet?

Als het project werd uitgebreid, dan veronderstel ik dat de eerste resultaten positief waren. Kunt u ons de resultaten meedelen?

Ik zou willen weten wat de respectieve bijdrage is van de fysieke activiteit en van de levenswijze. Welke criteria en welke voedingsmodaliteiten werden voor de levensstijl gehanteerd?

Wanneer is de volgende evaluatie van het project?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het onderzoeksproject over de effectiviteit van een gestandaardiseerd multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma loopt momenteel in veertien ziekenhuizen en binnenkort ook in een vijftiende. De negen bijkomende ziekenhuizen voor fase 3 van het project werden geselecteerd. Deze laatste fase ging van start in september 2013.*

Het eindrapport wordt begin 2016 verwacht.

Het multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma bestaat uit fysieke training en psycho-educatie voor adjuvant behandelde vrouwen met borstkanker. Het programma omvat eveneens levensstijlbegeleiding met sessies over voeding door een voedingsdeskundige met ervaring in de begeleiding van oncologie-patiënten.

Volgende aspecten komen aan bod:

1. Onderzoek naar de effectiviteit van het programma. De primaire resultaatfactoren zijn de levenskwaliteit en de vermoeidheid. De secundaire resultaatfactoren zijn de functionele capaciteiten en het emotioneel welzijn.

2. Een kosten-batenanalyse van dit gestandaardiseerd revalidatieprogramma.

De uitvoering van dit project wordt voor het verzekeringscomité van het RIZIV gevolgd door een begeleidingscomité voorgezeten door een lid van de RIZIV-administratie. Het is samengesteld uit vertegenwoordigers van het coördinerend ziekenhuis – het UZ Gent – en de verzekeringsorganismen, alsook een vertegenwoordiger van de kinesitherapeuten, een vertegenwoordiger van de huisartsen, een vertegenwoordiger van de geneesheren-specialisten en een vertegenwoordiger van de ziekenhuizen.

Het begeleidingscomité vergadert ten minste eenmaal per jaar. Na fase 3 zal de coördinator van het onderzoek een rapport opstellen dat, na goedkeuring van het begeleidingscomité, aan het verzekeringscomité zal worden overgemaakt.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *We ontmoeten elkaar eventueel in 2016, na de evaluatie.*

**Demande d'explications de
Mme Veerle Stassijns à la vice-première
ministre et ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique sur «la propagande de
sectes pour des traitements alternatifs des
maladies» (n° 5-4243)**

Mme Veerle Stassijns (N-VA). – Diverses sectes de ce pays proposent aux patients déçus par la médecine classique des traitements alternatifs. Par ces procédés de charlatan, elles essaient de recruter, de manière sournoise, de nouveaux membres et de soutirer à des personnes malades d'importantes sommes d'argent.

Quelles initiatives la ministre prendra-t-elle afin de réprimer l'offre de traitements médicaux alternatifs par des sectes ?

Quelles initiatives prendra-t-elle afin de mettre les citoyens en garde contre ces pratiques abusives ? Coopérera-t-elle à cet effet avec le CIAOSN, Centre d'information et d'avis sur les organisations sectaires nuisibles ?

Prendra-t-elle contact avec sa collègue de la Justice afin d'interdire et d'éradiquer les sectes concernées ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Il est fondamental d'apporter une réponse structurelle à ce problème afin que toutes les personnes usant de pratiques sectaires dans les soins de santé puissent être poursuivies par l'autorité concernée. Il est clair que dans le domaine des soins de santé, toutes sortes de gourous exploitent les maladies et les déficiences corporelles pour forcer des personnes vulnérables à accepter leurs conceptions. Cela va souvent de pair avec l'exploitation financière.

Le 23 février dernier, j'ai organisé une table ronde sur ce thème. Une des recommandations émises vise à organiser des concertations régulières avec le parquet. La coopération entre le SPF Santé publique et le SPF Justice se déroule via la Cellule administrative de coordination de la lutte contre les organisations sectaires nuisibles. Concrètement, cette cellule est chargée de coordonner les actions et de promouvoir une politique de prévention destinée au grand public. Des représentants du SPF Santé publique ont participé à plusieurs réunions et continueront à le faire.

En tant que ministre de la Santé publique, je souhaite élargir les compétences des commissions médicales. Celles-ci ne peuvent actuellement intervenir qu'en cas d'incapacité physique et psychique des praticiens professionnels. À l'avenir, elles devraient également pouvoir intervenir contre les activités qui constituent un danger pour la santé publique.

Je souhaite également que le public soit mieux informé. Ainsi, j'envisage de mettre en ligne, dans un proche avenir, un aperçu actualisé de tous les praticiens professionnels autorisés à exercer la médecine et d'autres professions des soins de santé.

**Vraag om uitleg van
mevrouw Veerle Stassijns aan de
vice-eersteminister en minister van Sociale
Zaken en Volksgezondheid over «het
propageren van alternatieve
ziektebehandelingen door sektes»
(nr. 5-4243)**

Mevrouw Veerle Stassijns (N-VA). – Verschillende sektes in dit land bieden patiënten die teleurgesteld zijn in de klassieke geneeskunde alternatieve behandelingen van ziektes aan. Met die vormen van kwakzalverij proberen ze op een slinkse manier nieuwe leden te werven en van de zieke mensen grote sommen geld binnen te rijden.

Welke initiatieven zal de minister nemen om het aanbieden van alternatieve ziektebehandelingen door sektes te beteugelen?

Welke initiatieven zal ze nemen om de burgers voor die wanpraktijken te waarschuwen? Zal ze daarvoor samenwerken met het IACSSO, het Informatie- en Adviescentrum inzake Schadelijke Sektarische Organisaties?

Zal de minister contact opnemen met haar collega van Justitie om eventueel de betrokken sektes te verbieden en op te doeken?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het is van fundamenteel belang om een structureel antwoord op dit probleem te geven zodat alle personen die sektarische praktijken in de gezondheidszorg verrichten door de bevoegde overheid kunnen worden vervolgd. Het is duidelijk dat in de gezondheidszorg allerlei goeroes ziekten en lichamelijke gebreken uitbuiten om kwetsbare personen onder druk te zetten om hun zienswijze te aanvaarden. Dat gaat dikwijls met financiële uitbuiting gepaard.

Op 23 februari van dit jaar heb ik een rondetafelconferentie over dit thema georganiseerd. Een van de aanbevelingen van die conferentie is om onder meer met het parket op geregelde tijdstippen samen te zitten. De samenwerking tussen de FOD Volksgezondheid en de FOD Justitie verloopt via de Administratieve Coördinatiecel inzake de strijd tegen de schadelijke sektarische organisaties. Concreet heeft die cel als opdracht de acties te coördineren en een beleid ter preventie voor het publiek te bevorderen. Vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid hebben aan verschillende vergaderingen deelgenomen en zullen dit in de toekomst blijven doen.

Als minister van Volksgezondheid wil ik de bevoegdheden van de geneeskundige commissies uitbreiden. Nu kunnen die slechts optreden in geval van fysieke en psychische ongeschiktheid van beroepsbeoefenaars. In de toekomst zouden zij echter ook kunnen optreden tegen activiteiten die een gevaar voor de volksgezondheid betekenen.

Ik wil ook het publiek ook beter informeren. Zo plan ik om in de nabije toekomst een up-to-date overzicht online te plaatsen van alle beroepsbeoefenaars die gemachtigd zijn de geneeskunde, en ook andere gezondheidszorgberoepen, uit te

Des projets ont également été lancés en vue de mieux informer le public et les patients du fonctionnement et des missions des commissions médicales provinciales et de rendre ces commissions accessibles à tous.

L'élaboration concrète du plan d'action contre les pratiques sectaires dans les soins de santé est actuellement dans sa phase finale. Plusieurs réunions ont déjà eu lieu avec les acteurs concernés, tels que les commissions médicales, la police, le pouvoir judiciaire et le CIAOSN. Il va de soi que le plan est élaboré en étroite concertation avec le CIAOSN, un allié très précieux dans la lutte contre les pratiques sectaires dans les soins de santé.

Le plan sera officiellement présenté au cours du premier semestre 2014.

Mme Veerle Stassijns (N-VA). – *Les propositions de la ministre sont excellentes. Je crains seulement que, comme d'habitude, les personnes les plus vulnérables de la société ne soient pas sensibilisées au problème. Elles se retrouvent toujours chez ces charlatans par des voies détournées.*

Demande d'explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les services de garde des médecins généralistes et des pharmaciens» (n° 5-4330)

Mme Veerle Stassijns (N-VA). – *Un patient qui a besoin d'urgence d'un médicament et s'adresse à un pharmacien de garde, muni d'une ordonnance, se voit rembourser par la mutuelle les honoraires de garde du pharmacien, pour un médicament remboursable.*

Pour les médicaments non remboursés, le patient doit supporter lui-même les honoraires de garde. Bon nombre de pharmaciens considèrent injustes ces honoraires et ne les portent dès lors pas en compte. De plus, l'achat d'un médicament non remboursé est parfois nécessaire et urgent.

La ministre compte-t-elle également faire rembourser par les mutuelles les honoraires de garde lors de l'achat de médicaments non remboursés ? Dans l'affirmative, quand prendra-t-elle une initiative en ce sens ?

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Il n'est pas envisagé, pour l'instant, de rembourser les honoraires de garde pour les médicaments non remboursés. La Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs examine toutefois si les services de garde ne peuvent être financés d'une autre manière, par exemple, par une indemnité forfaitaire qui ne serait pas liée au fait que le médicament délivré par le pharmacien de garde soit remboursable ou non. Les discussions étant toujours en cours, nous attendons l'avis.*

oefenen.

Ook zijn er projecten opgestart om het publiek en de patiënten beter te informeren over de werking en de taken van de provinciale geneeskundige commissies en om die commissies laagdrempeliger te maken.

De concrete uitwerking van het actieplan inzake sektarische praktijken in de gezondheidszorg zit momenteel in de eindfase. Er hebben al meerdere vergaderingen plaatsgevonden met de betrokken actoren, zoals de geneeskundige commissies, de politie, de rechterlijke macht en het IACSSO. Uiteraard wordt het plan uitgewerkt in nauwe samenwerking met het IACSSO, dat van onschatbare waarde is bij de bestrijding van sektarische praktijken in de gezondheidszorg.

Het plan zal in het eerste semester van 2014 officieel worden voorgesteld.

Mevrouw Veerle Stassijns (N-VA). – *De voorstellen van de minister zijn zeer goed. Ik vrees alleen dat zoals gewoonlijk de zwaksten in de samenleving niet worden gesensibiliseerd. Zij komen altijd via via bij dergelijke sjacheraars terecht.*

Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de wachtdiensten van huisartsen en van apothekers» (nr. 5-4330)

Mevrouw Veerle Stassijns (N-VA). – *Een patiënt die dringend een geneesmiddel nodig heeft en zich met een doktersvoorschrift wendt tot een apotheker van wacht, krijgt voor een terugbetaalbaar geneesmiddel het wachthonorarium van de apotheker, terugbetaald door het ziekenfonds.*

Voor de niet-terugbetaalde geneesmiddelen moet het wachthonorarium door de patiënt zelf worden betaald. Er zijn heel wat apothekers die dat wachthonorarium voor die geneesmiddelen onrechtvaardig vinden en het dan ook niet aanrekenen. Daarenboven kan de aankoop van een niet-terugbetaald geneesmiddel soms dringend nodig zijn.

Is de minister van plan ook het wachthonorarium bij de aankoop van niet-terugbetaalde geneesmiddelen te laten terugbetalen door de ziekenfondsen? Zo ja, wanneer zal ze daartoe een initiatief nemen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Momenteel zijn er geen plannen om het wachthonorarium voor de niet-terugbetaalde geneesmiddelen terug te betalen. Wel wordt in de Overeenkomstcommissie apothekers-verzekeringsinstellingen nagegaan of de wachtdiensten niet beter op een andere wijze kunnen worden gefinancierd, bijvoorbeeld middels een forfaitaire vergoeding onafhankelijk van het al dan niet terugbetaalbaar zijn van het geneesmiddel dat de apotheker van wacht aflevert. De bespreking is nog niet beëindigd en bijgevolg wachten we het advies af.*

Mme Veerle Stassijns (N-VA). – *Je crains dès lors que la situation n'évolue guère.*

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la limitation du temps de travail des médecins» (n° 5-4262)

M. Louis Ide (N-VA). – *Ma question est tout à coup devenue très actuelle. L'hebdomadaire étudiant Veto a récemment révélé que certains médecins en formation doivent travailler plus de soixante heures par semaine. Selon moi, c'est excessif mais récemment, les choses se sont améliorées. Avec la transposition de la directive européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003, la durée du temps de travail a été fixée à 48 heures en moyenne, sauf exceptions. On peut y ajouter 12 heures, mais sans jamais dépasser 60 heures.*

La ministre de l'Emploi Mme De Coninck, que j'ai interrogée à ce sujet, m'a renvoyé, pour une partie de la question, à la ministre Onkelinx.

J'aimerais savoir si la réglementation du travail entraîne des problèmes et si certains hôpitaux sont de ce fait confrontés à une pénurie de médecins ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Personne ne s'est plaint formellement, auprès de moi-même ou de mon administration, de problèmes auxquels serait confrontés les hôpitaux, du fait de l'application de la loi du 12 décembre 2010 transposant, en droit belge, la directive en matière de temps de travail pour les médecins et les médecins en formation.*

Dans le passé, la presse a déjà publié l'un ou l'autre article sur la difficulté d'organiser des permanences au service des urgences. Nous ne disposons toutefois d'aucune donnée fiable permettant de lier directement le problème à la limitation du temps de travail. En ce qui concerne l'éventuelle pénurie de médecins, il n'y a aucune donnée ou étude disponible pouvant démontrer un lien avec la limitation du temps de travail.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je remercie la ministre pour cette réponse précise. Je signale toutefois que la presse a déjà consacré certains articles aux médecins en formation. Si des problèmes existent à leur niveau, ils doivent être résolus.*

Peut-être la ministre doit-elle tenir compte du fait que l'absence de plaintes peut être liée à la crainte d'introduire une plainte. Je plaide dès lors pour un service de médiation accessible à tous dans chaque université.

Je reviendrai sur le problème des médecins en formation dans le cadre d'une prochaine question parlementaire.

Mevrouw Veerle Stassijns (N-VA). – *Ik vrees dus dat er weinig zal veranderen.*

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de beperking van de arbeidsduur van artsen» (nr. 5-4262)

De heer Louis Ide (N-VA). – *Mijn vraag is plots heel actueel geworden. In het studentenweekblad Veto werd er onlangs op gewezen dat er artsen in opleiding zijn die meer dan zestig uur per week moeten werken. Ik ga er wel van uit dat dit excessen zijn en dat de laatste tijd een stap voorwaarts werd gedaan. Met de omzetting van de Europese Richtlijn 2003/88/EG van 4 november 2003 is de arbeidstijd vastgelegd op gemiddeld 48 uur per week. Er zijn maar een paar uitzonderingen. Aan die 48 uur kan 12 uur worden toegevoegd, maar de 60 uur mag niet worden overschreden.*

Minister van Arbeid De Coninck die ik over dit onderwerp ondervroeg, verwees me voor een gedeelte van de vraag naar minister Onkelinx.

Ik had van de minister dan ook graag vernomen of de arbeidsregeling voor problemen zorgt en of bepaalde ziekenhuizen ingevolge die regeling kampen met een tekort aan artsen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Niemand heeft zich bij mij of mijn administratie formeel beklagd over problemen in ziekenhuizen, veroorzaakt door de toepassing van de wet van 12 december 2010 die de arbeidstijdrichtlijn voor de artsen en artsen in opleiding omzet in Belgisch recht.*

In het verleden verscheen daaromtrent al wel eens een artikel in de pers, meestal over moeilijkheden inzake de organisatie van de permanentie op de dienst Spoedgevallen. Er zijn evenwel geen betrouwbare gegevens beschikbaar die de problemen rechtstreeks linken aan de beperking van de arbeidsduur. Wat het eventuele tekort aan artsen betreft, zijn er geen gegevens of studies voorhanden die een verband kunnen aantonen met de beperking van de arbeidsduur.

De heer Louis Ide (N-VA). – *Ik dank de minister voor dit duidelijke antwoord. Ik wijs erop dat de pers aan de artsen in opleiding toch wel enige artikelen heeft gewijd. Als er voor hen problemen bestaan, moeten die worden opgelost.*

Misschien moet de minister rekening houden met de mogelijkheid dat er geen klachten zijn doordat de drempel om een klacht in te dienen te hoog is. Ik pleit dan ook voor een laagdrempelige ombudsdienst in elke universiteit.

Ik kom nog terug op het probleem van de artsen in opleiding in een volgende parlementaire vraag.

Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le contrôle de l'interdiction générale de fumer pendant la période hivernale» (n° 5-4250)

M. Dirk Claes (CD&V). – Les services de contrôle du SPF Santé publique et l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire ont déjà effectué des milliers de contrôles depuis l'instauration de l'interdiction générale de fumer dans les établissements horeca. Ces contrôles ont fait apparaître une nette augmentation du nombre d'infractions pendant la période hivernale. J'ai pu moi-même constater, le week-end dernier, dans une discothèque limbourgeoise et dans certains cafés, que bon nombre de clients, surtout des jeunes, fument encore, sans quasiment le moindre contrôle. Il semble que la réglementation soit de moins en moins respectée au fur et à mesure que l'on s'éloigne de Bruxelles.

La ministre prendra-t-elle des initiatives supplémentaires afin de garantir le respect de l'interdiction générale de fumer, y compris pendant les périodes hivernales ?

Envisage-t-elle des contrôles supplémentaires pendant la période hivernale ? A-t-elle déjà pris des dispositions avec les services de contrôle ?

Dans de nombreux cas, un soutien de la police locale est nécessaire lors des actions de contrôle. Comment la ministre évalue-t-elle la coopération avec la police locale ?

Prévoit-elle, cette année encore, des actions ou mesures spécifiques en coopération avec la police locale ? Dans l'affirmative, quand ?

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 service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique constate, depuis l'instauration de l'interdiction générale de fumer, que la réglementation est moins bien respectée dans les cafés pendant la période hivernale où le nombre de plaintes augmente par rapport aux mois d'été. Ainsi, de vingt-cinq plaintes introduites au mois d'août de cette année, on est passé à septante en octobre.

Le service de contrôle a, durant les dix premiers mois de cette année, réalisé environ 4400 contrôles dans les cafés. Dans 79% des cas, l'interdiction était respectée. La capacité actuelle de contrôle permet encore d'effectuer au maximum 1000 contrôles pour les deux mois restants. De plus, les autres priorités du service de contrôle du SPF Santé publique doivent également être suffisamment prises en compte, comme la vente de boissons alcoolisées aux jeunes.

Le service de contrôle du SPF Santé publique m'informe que la coopération avec la police locale s'est améliorée. Vingt-deux actions sont déjà prévues avec la police locale pour les semaines à venir. M. Claes doit comprendre que nous ne pouvons publier la liste des endroits où des actions sont menées.

Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvolging van de rookregeling tijdens de winterperiode» (nr. 5-4250)

De heer Dirk Claes (CD&V). – De controlediensten van de FOD Volksgezondheid en het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen hebben sinds de invoering van de algemene rookregeling in horecazaken al duizenden controles uitgevoerd. Bij die controles valt op dat tijdens winterperiodes het aantal overtredingen duidelijk stijgt. Zelf heb ik afgelopen weekend in een Limburgse discotheek en enkele kleine cafés vastgesteld dat nog heel wat, vooral jonge, bezoekers roken en dat daarop bijna geen controle wordt uitgeoefend. Blijkbaar wordt de regeling meer met voeten getreden naarmate Brussel verder weg is.

Gaat de minister extra initiatieven nemen om de naleving van de rookregeling ook in deze winterperiode te garanderen? Zo ja, aan welke maatregelen had zij gedacht?

Overweegt de minister om tijdens de winterperiode extra controles uit te voeren? Heeft zij hiervoor al afspraken gemaakt met de bevoegde controlediensten?

In veel gevallen is bij controleacties ondersteuning van de lokale politie noodzakelijk. Hoe evalueert de minister de samenwerking met de lokale politie?

Plant de minister dit jaar nog specifieke acties of maatregelen in samenwerking met de lokale politie? Zo ja, wanneer?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De Tabak- en Alcoholcontroledienst van de FOD Volksgezondheid stelt sedert de invoering van de rookregeling inderdaad vast dat in cafés de regeling tijdens de winterperiode minder goed wordt nageleefd. Het aantal klachten stijgt tijdens de winterperiode en daalt in de zomermaanden. Zo waren er in augustus van dit jaar slechts vijftientig klachten; in oktober was dit aantal al tot zeventig gestegen.

De controledienst heeft in de eerste tien maanden van dit jaar ongeveer 4400 controles in cafés uitgevoerd. In 79% van de gecontroleerde cafés wordt niet meer gerookt. Met de huidige controlegapaciteit kunnen de resterende twee maanden nog maximaal 1000 controles worden uitgevoerd. Bovendien moeten ook de andere prioriteiten van de controledienst van de FOD Volksgezondheid voldoende aandacht krijgen, zoals de alcoholverkoop aan jongeren op het einde van het schooltrimester.

De controledienst van de FOD Volksgezondheid meldt mij dat de samenwerking met de lokale politie verbeterd is. De komende weken zijn in totaal reeds 22 acties met de lokale politie gepland. De heer Claes moet begrijpen dat we de lijst van plaatsen waar acties worden gehouden niet kunnen publiceren.

M. Dirk Claes (CD&V). – *Je me réjouis que des contrôles soient prévus. Cet effort doit être poursuivi, en particulier durant les mois d'hiver.*

Je comprends que les services de contrôle ne puissent pas tout résoudre. Peut-être devons-nous également appeler les citoyens à s'exprimer davantage et à attirer l'attention des propriétaires et exploitants de cafés et de dancings sur le fait qu'ils doivent faire respecter l'interdiction générale de fumer dans leur établissement. Ce n'est qu'à cette condition que le respect de l'interdiction de fumer pourra être bien contrôlé.

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les prestations spécifiques en matière d'éducation aux soins autonomes du patient diabétique, effectuées par des kinésithérapeutes» (n° 5-4258)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Tous les experts s'accordent pour affirmer que l'exercice physique, lorsqu'il est pratiqué de manière régulière, améliore le contrôle de la glycémie chez les personnes affectées d'un diabète. L'exercice physique a donc une réelle valeur ajoutée pour le traitement de cette maladie.

Malheureusement, la réalité est autre dans la population : lorsque l'on pense diabète, on pense avant tout régime alimentaire et médicaments, en négligeant le plus souvent l'activité physique ou le sport. C'est pourtant une arme de choix pour prévenir et combattre cette maladie.

À l'occasion de la Journée mondiale du diabète et dans le cadre des travaux de la commission des Affaires sociales, on a rappelé tout le défi que représente la progression exponentielle du diabète en Belgique ; on a également souligné que les mesures prises actuellement, si elles sont nécessaires, ne seront pas suffisantes et n'arriveront pas à inverser la courbe d'expansion de cette maladie, parce que le défi se situe à deux niveaux : au niveau fédéral, dans la prise en charge de la maladie et son coût ; au niveau des entités, sur le plan de la prévention.

Depuis le 1^{er} septembre 2009, une intervention de l'assurance est accordée pour des prestations spécifiques en matière d'éducation aux soins autonomes du patient diabétique, effectuées par des infirmiers, podologues, diététiciens et kinésithérapeutes, dans le contexte des trajets de soins.

En ce qui concerne les kinésithérapeutes, les conditions pour pouvoir attester ces prestations sont les suivantes : avoir suivi une formation complémentaire d'éducateur en diabétologie et disposer d'un numéro d'enregistrement INAMI. Avec ce nouveau numéro, ils pourront également attester des prestations spécifiques en matière d'éducation aux soins autonomes.

Il est mentionné que les dispositions de l'arrêté royal numéro 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé sont d'application.

Les éducateurs ne peuvent effectuer que des prestations dont

De heer Dirk Claes (CD&V). – Het is positief dat controles zijn gepland. Die inspanning moet worden aangehouden, zeker in de wintermaanden.

Ik besef dat de controlediensten niet alles kunnen oplossen. Misschien moeten we ook de burgers oproepen om assertiever te worden zodat ze de eigenaars en uitbaters van cafés en dancings erop wijzen dat roken op verboden plaatsen niet meer kan. Dan pas zou de naleving van de rookregeling goed worden gecontroleerd.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de specifieke verstrekkingen inzake educatie tot zelfzorg van de diabetespatiënt die worden verleend door kinesitherapeuten» (nr. 5-4258)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Alle deskundigen zijn het erover eens dat regelmatig bewegen bijdraagt tot een betere controle van de bloedsuikerwaarde bij diabetespatiënten. Fysieke activiteit is een echte meerwaarde bij de behandeling van die ziekte.*

Helaas is het beeld dat bij de bevolking leeft in werkelijkheid anders: als men het over diabetes heeft, wordt vooral gedacht aan diëten en geneesmiddelen en niet aan bewegen en sport. Het is nochtans een probaat middel om deze ziekte te lijf te gaan.

Ter gelegenheid van de Werelddag tegen diabetes en in het kader van de werkzaamheden van de Commissie voor de sociale aangelegenheden werd nogmaals herhaald welke uitdaging de exponentiële stijging van diabetes in België betekent; er werd ook op gewezen dat de maatregelen die nu worden genomen, ook al zijn ze noodzakelijk, niet zullen volstaan om de expansiecurve van deze ziekte om te buigen omdat de uitdaging voor ons op twee niveaus ligt: op het federale niveau voor de behandeling van de ziekte en de financiering hiervan en op het niveau van de deelstaten wat de preventie betreft.

Sedert 1 september 2009 is er een tussenkomst van de ziekteverzekering voor specifieke verstrekkingen van educatie inzake zelfzorg van de diabetespatiënt, geleverd door verpleegkundigen, podologen, diëtisten en kinesitherapeuten in het kader van zorgtrajecten.

Om een attest af te kunnen geven voor die prestaties moeten kinesisten aan volgende voorwaarden voldoen: een bijkomende opleiding gevolgd hebben tot diabeteseducator en over een specifiek RIZIV-registratienummer beschikken. Met het nieuwe nummer kunnen ze ook specifieke verstrekkingen inzake educatie tot zelfzorg attesteren.

De bepalingen van het koninklijk besluit nummer 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen zijn van toepassing.

De educatoren kunnen alleen verstrekkingen verrichten waarvan de inhoud tot hun wettelijke bevoegdheden behoort.

le contenu se rattache à leurs compétences légales.

Madame la vice-première ministre, nous sommes face à d'importants enjeux. Pour le patient diabétique, exercer une activité physique est tout bénéfique pour l'amélioration du contrôle de sa glycémie. L'encadrement et le suivi de cette activité physique par une réelle expertise sont essentiels. Le rôle du kinésithérapeute dans cette expertise est reconnu par l'INAMI.

En ce qui concerne les kinésithérapeutes, combien de formations complémentaires d'éducateur en diabétologie ont été suivies depuis 2009 et quels types d'organismes ont donné ces formations ? Combien de numéros d'enregistrement INAMI ont-ils été accordés ?

Quelle est la nature des prestations spécifiques en matière d'éducation aux soins autonomes du patient diabétique ?

Quel est le coût de ces prestations spécifiques ?

Par ailleurs, une évaluation a-t-elle été faite quant à la plus-value de ces prestations pour le patient diabétique ?

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'INAMI ne dispose pas du nombre de formations complémentaires d'éducateur en diabétologie qui ont été suivies, ni de la liste des institutions qui ont donné ces formations.

Depuis 2009, l'INAMI a accordé un numéro d'enregistrement spécifique d'éducateur en diabétologie à deux kinésithérapeutes, treize podologues, 253 diététiciens et 730 infirmières.

L'éducation par un éducateur en diabétologie ayant reçu une formation spécifique comprend entre autres :

- l'éducation individuelle du patient et de son entourage, la diffusion de l'information et la stimulation à la compréhension de la maladie, de ses causes, de son évolution, de ses complications, de l'espérance de vie ;
- l'incitation et la motivation à changer son mode de vie par une alimentation équilibrée, l'arrêt du tabac, des exercices ;
- l'information sur la manière de prévenir, reconnaître et traiter les hypo- et hyperglycémies ;
- l'explication de l'effet de certains médicaments sur la glycémie ;
- l'explication du mode d'action de l'insuline et sa conservation ;
- l'apprentissage de la façon de mesurer la glycémie avec un glucomètre, des lancettes et des tiges ;
- l'explication de certains aspects relatifs aux assurances vie, au permis de conduire, à la recherche d'emploi, aux voyages.

Les éducateurs ne peuvent effectuer que des prestations dont le contenu se rattache à leurs compétences légales.

Les éducateurs qui ne possèdent pas de diplôme de praticien de l'art infirmier ne sont pas habilités à enseigner au patient diabétique l'auto-injection d'insuline.

En 2012, le coût total des prestations d'éducation en

We staan voor belangrijke uitdagingen. Bewegen helpt de diabetespatiënt om zijn bloedsuikerwaarde beter onder controle te houden. De begeleiding en de opvolging van de fysieke activiteit door bekwame mensen is daarbij van essentieel belang. Het RIZIV erkent de deskundigheid van kinesisten op dit stuk.

Hoeveel kinesitherapeuten hebben een bijkomende opleiding tot diabeteseducator gevolgd sedert 2009 en door welke instellingen werd die opleiding aangeboden? Hoeveel RIZIV-registratienummers werden er verleend?

Van welke aard zijn de specifieke verstrekkingen inzake zelfzorgeducatie van de diabetespatiënt?

Hoeveel kosten die specifieke verstrekkingen?

Werd de meerwaarde van die verstrekkingen voor de diabetespatiënt geëvalueerd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het RIZIV beschikt niet over gegevens betreffende het aantal gevolgde aanvullende opleidingen tot diabeteseducator, noch over de lijst van instellingen die deze opleidingen hebben gegeven.

Sedert 2009 heeft het RIZIV een specifiek registratienummer diabeteseducator toegekend aan twee kinesitherapeuten, dertien podologen, 253 diëtisten en 730 verpleegkundigen.

De educatie door een diabeteseducator die een specifieke opleiding heeft gekregen, omvat onder meer:

- de individuele educatie van de patiënt en zijn omgeving, de informatieverbreiding en het bevorderen van het inzicht in de ziekte, de oorzaken, de evolutie, de complicaties, de levensverwachting;
- de aansporing en de motivering om zijn levenswijze te veranderen door een evenwichtige voeding, stoppen met roken, oefeningen;
- informatie over de manier om hypoglykemie en hyperglykemie te voorkomen, te herkennen en te behandelen;
- het uitleggen van het effect van bepaalde geneesmiddelen op de suikerwaarde;
- het uitleggen van de werking van insuline en van de bewaring ervan;
- het aanleren van de manier om de suikerwaarde te meten met een glucosemeter, lancetten en strips;
- het uitleggen van bepaalde aspecten met betrekking tot levensverzekering, rijbewijs, het zoeken van werk, reizen.

De educatoren mogen alleen verstrekkingen verrichten waarvan de inhoud tot hun wettelijke bevoegdheden behoort.

De educatoren die geen diploma van verpleegkundige hebben, zijn niet bevoegd om een diabetespatiënt aan te leren zichzelf insuline te injecteren.

In 2012 bedroeg de totale kostprijs van de verrichtingen

diabétologie, en première ligne, aux patients ayant un trajet de soins diabète de type 2 était de 744 485,09 euros.

L'évaluation des trajets de soins effectuée par l'Institut scientifique de Santé publique – ISP – montre que l'usage de consultations de diététique ou d'éducation en diabétologie est souvent positivement associé au traitement et au suivi du diabète.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le service de garde des dentistes» (n° 5-4265)

M. Louis Ide (N-VA). – *Les services de garde des dentistes sont organisés par les associations professionnelles, mais certains problèmes menacent leur continuité. Je ne plaide pas pour un service de garde 24 heures sur 24 car cela minerait la dentisterie préventive, mais j'estime que le système de garde doit être maintenu durant les week-ends.*

Comment la ministre compte-t-elle remédier aux problèmes ? Que lui inspire l'idée de faire organiser les services de garde par les commissions médicales provinciales ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Il y a effectivement, en Flandre, un problème d'organisation des services de garde des dentistes et de répartition de ces services entre les deux organisations représentatives des dentistes.*

J'ai demandé des éclaircissements aux commissions médicales qui ont pour mission légale de veiller à l'organisation des services de garde. Je compte obtenir un rapport détaillé sur la situation de chaque province ou commune concernée.

J'ai également demandé à l'administration de formuler une proposition en vue d'organiser et de maintenir le service de garde des dentistes, proposition qui pourra être soumise au Conseil de l'Art dentaire. En attendant, j'ai invité les commissions médicales concernées à élaborer une proposition susceptible de garantir à court terme la continuité du service de garde dans les régions visées.

M. Louis Ide (N-VA). – *J'espère que l'administration insistera également sur la neutralité, qui peut précisément être garantie par les commissions médicales.*

inzake diabeteseducatie in eerste lijn voor patiënten met een zorgtraject diabetes type 2 744 485,09 euro.

De evaluatie van de zorgtrajecten die werd uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) toont aan het gebruik van diabetesconsultaties of diabeteseducatie dikwijls positieve gevolgen heeft voor de behandeling en de follow-up van diabetes.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de wachtdienst voor tandartsen» (nr. 5-4265)

De heer Louis Ide (N-VA). – *De wachtdiensten voor tandartsen worden door de beroepsgroepen georganiseerd. Ik heb vernomen dat er problemen rijzen waardoor de continuïteit van die wachtdiensten onder druk dreigt te komen. Ik pleit zeker niet voor een vierentwintiguurswachtdienst want die zou de preventieve tandheelkunde ondergraven. Wel meen ik dat de wachtdienstregeling in de weekends moet worden behouden.*

Hoe denkt de minister de problemen op te lossen? Wat vindt de minister van de suggestie om de provinciale geneeskundige commissies de wachtdiensten te laten organiseren?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Er is in Vlaanderen inderdaad een probleem met de organisatie van de tandartsenwachtdiensten en de verdeling van die diensten tussen de twee representatieve tandartsenverenigingen.*

Ik heb de geneeskundige commissies om opheldering gevraagd. Die hebben immers de wettelijke opdracht om over de organisatie van de wachtdiensten te waken. Het is mijn bedoeling om per betrokken provincie of gemeente een omstandig overzicht van het probleem te krijgen.

Tegelijkertijd heb ik de administratie gevraagd mij een voorstel te doen om de tandartsenwachtdienst te regelen en te bestendigen. Dat voorstel kan dan aan de Raad van de Tandheelkunde worden voorgelegd. In afwachting heb ik de betrokken geneeskundige commissies gevraagd om een voorstel uit te werken dat de continuïteit van de wachtdienst in de beoogde streken op korte termijn moet waarborgen.

De heer Louis Ide (N-VA). – *Ik hoop dat de administratie ook de nadruk legt op de onpartijdigheid. Die kan juist door de provinciale geneeskundige commissies worden gewaarborgd.*

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accès des médecins spécialistes en médecine d'urgence à la médecine intensive» (n° 5-4266)

M. Louis Ide (N-VA). – En réponse à une demande d'explications relative à la formation en médecine intensive des spécialistes en médecine d'urgence, la ministre a indiqué qu'elle veillerait à ce que le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes et la commission d'agrément en matière de soins intensifs traitent de manière prioritaire l'accès des médecins spécialistes en médecine d'urgence à la médecine intensive.

Depuis lors, le Conseil supérieur et la commission d'agrément se sont-ils occupés de cette question ?

Dans l'affirmative, quel est leur avis ? La ministre l'a-t-elle déjà examiné ? Réalisera-t-elle les modifications légales nécessaires ?

Dans la négative, quand ce point sera-t-il à l'ordre du jour ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je suis au courant du problème des médecins spécialistes en médecine d'urgence, qui suivent une formation en soins intensifs. Ce titre professionnel n'existait pas encore en 1995 mais le problème peut être réglé par une modification limitée de l'arrêté ministériel du 5 octobre 1995 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins intensifs, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins intensifs.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a examiné, le 24 octobre 2013, l'adaptation de l'arrêté ministériel. Les modifications seront exécutées prochainement.

Demande d'explications de Mme Dalila Douifi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le matériel médical oublié lors d'interventions chirurgicales et l'utilisation d'une liste de contrôle» (n° 5-4344)

Mme Dalila Douifi (sp.a). – Dans notre pays, selon Het Laatste Nieuws, 150 compresses, pincés et/ou aiguilles auraient été oubliés l'an dernier dans le corps de patients ; dans chaque cas, la victime a dû subir une nouvelle opération pour qu'on retire les ustensiles égarés.

Comme, à l'échelle planétaire, une proportion non négligeable des interventions chirurgicales mène au décès du patient ou à des complications post-opératoires, l'OMS a lancé en 2008 le programme « Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies », en vue d'améliorer la sécurité des opérés partout dans le monde. Dans ce cadre, un groupe

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de toegang tot de intensieve geneeskunde voor geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde» (nr. 5-4266)

De heer Louis Ide (N-VA). – In een vraag om uitleg over het bekwamen in intensieve geneeskunde voor specialisten in de urgentiegeneskunde, antwoordde de minister dat ze er op zou toezien dat de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen en de erkenningscommissie voor de intensieve geneeskunde de toegang tot de intensieve geneeskunde voor geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde prioritair zouden behandelen.

Hebben de Hoge Raad en de erkenningscommissie dit aspect intussen behandeld?

Zo ja, hoe luidt hun advies? Heeft de minister het advies al bestudeerd? Zal zij de nodige wettelijke wijzigingen doorvoeren?

Zo niet, wanneer staat dit punt op de agenda?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het probleem van erkende geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde die een opleiding intensieve zorg volgen, is ons bekend. Deze beroepstitel bestond in 1995 nog niet, maar het probleem kan worden opgelost door een beperkte wijziging van het ministerieel besluit van 5 oktober 1995 tot vaststelling van de bijzondere erkenningscriteria voor de geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg.

De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen heeft de aanpassing van het ministerieel besluit op 24 oktober 2013 behandeld. Ik zal binnenkort de wijzigingen doorvoeren.

Vraag om uitleg van mevrouw Dalila Douifi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het achtergelaten medisch materiaal na heelkundige ingrepen en het gebruik van een checklist» (nr. 5-4344)

Mevrouw Dalila Douifi (sp.a). – In ons land zouden er volgens *Het Laatste Nieuws* vorig jaar bij 150 operaties kompressen, scharen en/of naalden achtergelaten zijn in het lichaam van patiënten; in elk van de gevallen moest de gedupeerde opnieuw een ingreep ondergaan om het achtergelaten materiaal te laten verwijderen.

Omdat wereldwijd een niet te verwaarlozen aandeel van de heelkundige ingrepen tot het overlijden van de patiënt of tot postoperatieve complicaties leidt, lanceerde de Wereldgezondheidsorganisatie in 2008 het programma *Safe Surgery Saves Lives*, met als doel de veiligheid van patiënten

international d'experts a élaboré une liste de contrôle, laquelle, selon une étude, permet de réduire de plus de 30% la létalité et les complications. Je réfère à ma note pour plus de précisions.

Je souhaiterais savoir si le nombre de 150 patients chez qui du matériel chirurgical a été oublié après une opération est correct. Je n'ai pu le retrouver sur le site du SPF Santé publique.

Quelle a été l'évolution, par rapport à 2010, 2011 ou 2012, du nombre de cas où il a fallu une nouvelle opération pour ôter du matériel oublié ?

Quels soins ou appui post-opératoires donne-t-on aux patients concernés ? Leur alloue-t-on des dommages et intérêts ?

Ces cas sont-ils rapportés à la Santé publique ? Doivent-ils l'être ? Se peut-il que les cas soient en réalité plus nombreux que les chiffres diffusés ?

Aux yeux de la ministre, serait-il indiqué non seulement de stimuler l'usage de la liste de contrôle ou d'une de ses variantes, mais aussi de la rendre obligatoire ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *En 2011, dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins, le SPF Santé publique a conseillé d'utiliser la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale (Safe Surgery Checklist) en quartier opératoire. Il s'agit de la liste de l'OMS ; il est loisible aux hôpitaux de l'adapter à leurs besoins.*

Grâce à cette liste de contrôle, on devrait éviter des erreurs ou des dysfonctionnements lors d'interventions chirurgicales. Elle constitue une aide pour l'équipe opératoire, par la vérification orale et contradictoire de – dix-neuf selon l'OMS – points importants. Cet instrument permet d'ailleurs de partager des informations essentielles relatives au patient et de renforcer la collaboration entre les membres de l'équipe soignante, ce qui contribue à un climat et à une culture de la sécurité.

Tenant compte des évolutions en matière d'accréditation des hôpitaux, les autorités fédérales ont inclus le thème de la sécurité chirurgicale dans le plan pluriannuel 2013-2017 Qualité et Sécurité des patients.

Les chiffres, basés sur une étude du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, sont corrects. L'objectif du SPF était de calculer des Patient Safety Indicators à partir des résumés cliniques minimaux de la période 2000-2007. Cette étude a mené à la publication du rapport Feedback of the Patient Safety Indicators qui a été transmis à tous les hôpitaux.

On a observé une hausse des indicateurs sur la période 2000-2007. On ne peut rien conclure quant aux années ultérieures, car les indicateurs n'ont plus été calculés.

Dans le cadre du second plan pluriannuel Qualité et Sécurité des patients 2013-2017, le SPF Santé publique encourage les

die een heelkundige ingreep ondergaan overal ter wereld te verbeteren. In het kader van dit programma heeft een internationale groep van deskundigen een checklist uitgewerkt. Uit een studie bleek dat de checklist de complicaties en sterfte met meer dan 30% verminderde. Voor meer details verwijs ik naar de nota die ik hierover indiende.

Ik had graag vernomen of het cijfer van 150 patiënten bij wie na een operatie materiaal werd achtergelaten in het lichaam, juist is. Op de website van de FOD Volksgezondheid kon ik de in de krant verschenen cijfers niet terugvinden.

Is er in vergelijking met 2010, 2011 en 2012 sprake van een daling of een stijging van het aantal gevallen waarbij achtergelaten materiaal met een nieuwe operatie moet worden verwijderd?

Hoe verloopt de nazorg of steun aan de patiënten die zich in zo'n situatie bevinden? Wordt een schadevergoeding toegekend aan de betrokkenen?

Worden de gevallen aan Volksgezondheid gerapporteerd? Is die rapportering verplicht? Is het mogelijk dat er in werkelijkheid meer gevallen bestaan dan de cijfers die bekend worden gemaakt?

Acht de minister het raadzaam het gebruik van de checklist of een variant ervan niet alleen te stimuleren, maar ook verplicht te maken?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *In 2011 heeft de FOD Volksgezondheid in het kader de verbetering van de zorgkwaliteit het gebruik van de Safe Surgery Checklist in het operatiekwartier aanbevolen. De checklist die de FOD Volksgezondheid aanbeveelt, is die van de Wereldgezondheidsorganisatie; de ziekenhuizen kunnen die checklist aan hun eigen noden aanpassen.*

Het gebruik van een checklist wordt beschouwd als een instrument om fouten of functiestoornissen bij heelkundige ingrepen te voorkomen. De lijst moet worden opgevat als een ondersteuning voor het zorgteam om belangrijke punten – negentien volgens de WGO – op tegensprekelijke en mondelinge wijze te controleren. Met behulp van dit instrument kan bovendien essentiële informatie over de patiënt worden gedeeld en wordt de onderlinge samenwerking tussen de leden van een zorgteam versterkt, wat bijdraagt tot een gunstig veiligheidsklimaat en een echte veiligheidscultuur.

De federale overheid heeft, rekening houdend met de evolutie met betrekking tot de ziekenhuisaccreditering, het thema Safe Surgery opgenomen in haar meerjarenprogramma 2013-2017 Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid.

De cijfers zijn juist en gebaseerd op een onderzoek van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. De FOD wilde hiermee Patient Safety Indicators berekenen op basis van de minimale klinische gegevens voor de periode 2000-2007. Het onderzoek heeft geleid tot de publicatie van het rapport Feedback of the Patient Safety Indicators van juni 2011, dat aan alle ziekenhuizen werd bezorgd.

Voor de periode 2000-2007 was er een stijging van de

hôpitaux à communiquer clairement à chaque incident et leur demande d'élaborer un plan de communication – également à destination du patient – en cas d'incident sérieux.

Dans le cadre du même plan pluriannuel, le SPF encourage les hôpitaux à lui signaler chaque incident ou quasi-incident. Le but n'est pas de prendre des sanctions, mais d'en tirer des enseignements et d'implémenter des systèmes afin que ces incidents ne se reproduisent plus.

Le rapportage des incidents ou quasi-incidents n'est pas centralisé. Les données du Feedback of the Patient Safety Indicators ont été calculées sur la base des résumés cliniques minimaux recueillis dans le cadre du financement hospitalier. Il se peut que l'indicateur sous-estime l'incidence.

L'usage d'une liste de contrôle en quartier opératoire, sans exclure les incidents, peut les prévenir ; il peut aussi induire un changement dans la culture de l'équipe chirurgicale en promouvant la communication et en se focalisant sur la sécurité du patient. Dans le second plan annuel, les hôpitaux s'engagent à adapter la liste de l'OMS, notamment au type d'intervention.

Dans le second plan annuel, on évaluera aussi l'application de la liste et la communication à cet égard.

La Vlaamse Zorginspectie évalue le processus postopératoire et donc l'emploi de la liste de contrôle, lequel constitue aussi un élément important pour l'accréditation des hôpitaux.

Toutes ces initiatives contribuent à une meilleure conscientisation et à une généralisation de l'usage de la liste de contrôle.

(La séance est levée à 12 h 15.)

Requalification en question écrite avec remise de la réponse

- Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le babyphone sur smartphone » (n° 5-4137) (QE 5-10644)
- Demande d'explications de Mme Els Van Hoof à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les soins dans les centres de psychiatrie légale » (n° 5-4140) (QE 5-10645)
- Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les délais d'attente pour une consultation chez un médecin spécialiste » (n° 5-4152) (QE 5-10646)

indicateuren. Voor de jaren nadien kan geen uitspraak worden gedaan, aangezien die indicatoren niet opnieuw werden berekend.

In het kader van het tweede meerjarenprogramma Kwaliteit en patiëntveiligheid 2013-2017 stimuleert de FOD Volksgezondheid de ziekenhuizen om zo duidelijk mogelijk te communiceren over elk incident en vraagt de FOD aan de ziekenhuizen een communicatieplan te ontwikkelen voor ernstige incidenten, ook ten opzichte van de patiënt.

Eveneens in het kader van het meerjarenprogramma Kwaliteit en patiëntveiligheid moedigt de FOD Volksgezondheid ziekenhuizen aan om elk incident of bijna-incident te melden. Het is niet de bedoeling om sancties op te leggen, maar wel om te leren uit fouten en om systemen te implementeren die voorkomen dat dergelijke incidenten zich kunnen herhalen.

Er is geen centrale melding van incidenten en bijna-incidenten bij de FOD. De gegevens uit het rapport *Feedback of the Patient Safety Indicators* werden berekend op basis van minimale klinische gegevens die worden verzameld in het kader van de ziekenhuisfinanciering. Waarschijnlijk wordt de incidentie voor deze indicator onderschat.

Met het gebruik van een checklist in het operatiekwartier kunnen we dit soort van incidenten vermijden, maar niet uitsluiten. Het gebruik van de checklist kan ook een cultuurverandering tot stand brengen in het chirurgische team, waar de communicatie wordt versterkt en patiëntveiligheid centraal staat. In het tweede meerjarenprogramma verbinden ziekenhuizen zich ertoe om de WGO-checklist aan te passen, ook aan het type interventie.

De evaluatie van de toepassing van de checklist en de communicatie over de resultaten van het gebruik van de checklist zijn ook vereist in het tweede meerjarenprogramma.

In het nieuwe nalevingstoezicht van de Vlaamse Zorginspectie wordt het perioperatief proces systematisch geëvalueerd en dus ook het gebruik van de checklist. Het gebruik van de checklist is ook een belangrijk element voor de ziekenhuisaccreditatie.

Alle initiatieven dragen bij tot een grotere bewustwording en tot de algemene invoering van de checklist.

(De vergadering wordt gesloten om 12.15 uur.)

Herkwalificatie als schriftelijke vraag met overhandiging van het antwoord

- Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de babyfoon op de smartphone” (nr. 5-4137) (SV 5-10644)
- Vraag om uitleg van mevrouw Els Van Hoof aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de zorg in de forensische psychiatrische centra” (nr. 5-4140) (SV 5-10645)
- Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de wachttijden voor een consultatie bij een geneesheer-specialist” (nr. 5-4152) (SV 5-10646)

- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les médecins-fonctionnaires qui bénéficient du statut social » (n° 5-4161) (QE 5-10647)
- 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'application du régime de tiers payant par les dentistes » (n° 5-4174) (QE 5-10648)
- Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les soins de santé à Bruxelles » (n° 5-4177) (QE 5-10649)
- Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'euthanasie et la capacité juridique » (n° 5-4242) (QE 5-10656)
- Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'évolution des opinions à propos de la politique en matière de cannabis et de drogues similaires » (n° 5-4245) (QE 5-10657)
- Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'épilation par laser ou lumière pulsée » (n° 5-4249) (QE 5-10658)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l'accès des médecins spécialistes en médecine d'urgence à la médecine intensive » (n° 5-4266) (QE 5-10660)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les frais administratifs des organismes assureurs » (n° 5-4269) (QE 5-10661)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les tickets modérateurs » (n° 5-4277) (QE 5-10662)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le service de gestion des plaintes de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité » (n° 5-4278) (QE 5-10663)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le macroplafond pour maisons de repos » (n° 5-4279) (QE 5-10664)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le maximum à facturer » (n° 5-4284) (QE 5-10665)
- Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les dépenses en imagerie médicale » (n° 5-4285) (QE 5-10666)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de geneesheren-ambtenaren die van het sociaal statuut genieten” (nr. 5-4161) (SV 5-10647)
- Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de toepassing van de derdebetalersregeling door tandartsen” (nr. 5-4174) (SV 5-10648)
- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de gezondheidszorg in Brussel” (nr. 5-4177) (SV 5-10649)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de euthanasie en de handelingsbekwaamheid” (nr. 5-4242) (SV 5-10656)
- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de wijzigende inzichten inzake het beleid op het vlak van cannabis en soortgelijke drugs” (nr. 5-4245) (SV 5-10657)
- Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “ontharing met een laser of met pulslucht” (nr. 5-4249) (SV 5-10658)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de toegang tot de intensieve geneeskunde voor geneesheren-specialisten in de urgentiegeneskunde” (nr. 5-4266) (SV 5-10660)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen” (nr. 5-4269) (SV 5-10661)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de remgelden” (nr. 5-4277) (SV 5-10662)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de klachtendienst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering” (nr. 5-4278) (SV 5-10663)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het macroplafond voor rusthuizen” (nr. 5-4279) (SV 5-10664)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de maximumfactuur” (nr. 5-4284) (SV 5-10665)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de uitgaven voor de medische beeldvorming” (nr. 5-4285) (SV 5-10666)

- Demande d’explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les dépenses en matière de soins palliatifs » (n° 5-4286) (QE 5-10667)
- Demande d’explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le surplus enregistré dans le contingent des médecins et des dentistes » (n° 5-4291) (QE 5-10668)
- Demande d’explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la politique en matière de drogues » (n° 5-4310) (QE 5-10669)
- Demande d’explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le tarif horaire d’un médecin de garde » (n° 5-4318) (QE 5-10670)
- Demande d’explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la vente libre d’appareils épilateurs à lumière intense pulsée et le manque de formation à l’utilisation d’un laser pour une épilation définitive » (n° 5-4320) (QE 5-10671)
- Demande d’explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’avenir de postes médicaux de garde en province de Luxembourg » (n° 5-4321) (QE 5-10672)
- 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 fibromyalgie » (n° 5-4337) (QE 5-10673)
- Demande d’explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « l’approche et le traitement de l’encéphalomyélite myalgique, du syndrome de fatigue chronique et de la fibromyalgie » (n° 5-4343) (QE 5-10674)
- Demande d’explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le concept de maison médicale avec paiement à l’acte » (n° 5-4347) (QE 5-10676)
- Demande d’explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le nombre de médecins étrangers suivant une formation complémentaire en Belgique » (n° 5-4380) (QE 5-10681)
- Demande d’explications de Mme Veerle Stassijns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la quantité de sodium dans les médicaments antidouleur » (n° 5-4388) (QE 5-10684)
- Demande d’explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la consommation de Rilatine par les étudiants » (n° 5-4394) (QE 5-10685)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de uitgaven voor de palliatieve zorg” (nr. 5-4286) (SV 5-10667)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het geboekte overschot op het contingent voor artsen en tandartsen” (nr. 5-4291) (SV 5-10668)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het drugsbeleid” (nr. 5-4310) (SV 5-10669)
- Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het uurloon van een huisarts van wacht” (nr. 5-4318) (SV 5-10670)
- Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de vrije verkoop van IPL-epileerapparaten en het gebrek aan opleiding inzake de permanente laserontharingstechniek” (nr. 5-4320) (SV 5-10671)
- Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de toekomst van de huisartsenwachtposten in de provincie Luxemburg” (nr. 5-4321) (SV 5-10672)
- Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de fibromyalgie” (nr. 5-4337) (SV 5-10673)
- Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de aanpak en de behandeling van de myalgische encefalomyelitis, het chronisch vermoeidheidssyndroom en de fibromyalgie” (nr. 5-4343) (SV 5-10674)
- Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het begrip van medisch huis met betaling per akte” (nr. 5-4347) (SV 5-10676)
- Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het aantal buitenlandse artsen die in België een bijkomende opleiding volgen” (nr. 5-4380) (SV 5-10681)
- Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Stassijns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de hoeveelheid zout in pijnstillers” (nr. 5-4388) (SV 5-10684)
- Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “het gebruik van Rilatine bij studenten” (nr. 5-4394) (SV 5-10685)

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Demande d’explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « la mise en œuvre du plan VIH » (n° 5-4395) (QE 5-10686)– Demande d’explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les limites du traitement du cancer » (n° 5-4455) (QE 5-10687)– Demande d’explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le fonctionnement de l’entreprise Royal Doctors » (n° 5-4494) (QE 5-10688) | <ul style="list-style-type: none">– Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de operationalisering van het hiv-plan” (nr. 5-4395) (SV 5-10686)– Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de grenzen aan het behandelen van kanker” (nr. 5-4455) (SV 5-10687)– Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over “de werking van het bedrijf Royal Doctors” (nr. 5-4494) (SV 5-10688) |
|---|--|