

Chambre des représentants

Kamer van volksvertegenwoordigers

Question Parlementaire

Parlementaire Vraag

Document : 54 2015201607189

Session / zitting :

20152016 (SO)

20152016 (GZ)

Dépôt / Geregistreerd : 20/01/2016

Auteur : PAS Barbara

Départements interrogés Bevraagde departementen	N° de question Vraagnummer	Fin délai Einde termijn
7 M. Sociale Zaken en Volksgezondheid M. Affaires sociales et Santé publique	660	19/02/2016

### **Genitale verminkingen.**

De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt vier types genitale verminking bij vrouwen.

Bij type 1 of de clitoridectomie wordt de clitoris of de voorhuid van de clitoris gedeeltelijk of volledig weggenomen.

Bij type 2 of excisie worden de clitoris en de binnenste schaamlippen gedeeltelijk of volledig weggenomen, waarbij de buitenste schaamlippen al dan niet worden weggehaald.

Bij type 3 of de infibulatie wordt de introïtus vaginae vernauwd en afgesloten door de binnenste of buitenste schaamlippen weg te halen en te hechten, met of zonder excisie van de clitoris.

Type 4 omvat alle andere schadelijke ingrepen op de vrouwelijke organen om niet-therapeutische redenen, zoals de punctie, perforatie, incisie, scarificatie en cauterisatie.

Vrouwelijke genitale verminking is wijd verspreid in grote delen van Afrika en in sommige landen in het Midden-Oosten. Ook bij ons komt de praktijk vaker voor dan gedacht.

Volgens een studie van het Instituut voor Tropische Geneeskunde zijn er in ons land ruim 13.000 vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan en lopen nog eens 4.000 meisjes het risico besneden te worden.

1. a) Kan u cijfers bezorgen over het aantal genitale verminkingen in België voor de jaren 2011 tot 2015?

b) Kan hierbij een opdeling worden gemaakt naargelang het type van genitale verminking: clitoridectomie, excisie, infibulatie of andere?

2. In hoeveel van de gevallen gaat het om vrouwen van Afrikaanse afkomst, van Aziatische afkomst, andere?

3. Zijn er cijfergegevens voor wat betreft de gemiddelde leeftijd van de slachtoffers van genitale verminking in voornoemde jaren?

4. Enige tijd geleden besliste voormalig minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx om een overeenkomst te sluiten met twee referentiecentra (het UZ Gent en het UCM Sint-Pieter) om de zorg voor deze vrouwen te bekostigen. Voor deze twee centra werd een jaarlijks budget van 500.000 euro uitgetrokken. Ongeveer 200 vrouwen zouden hierdoor een multidisciplinaire zorg kunnen geboden worden.

a) Hoeveel vrouwen deden een aanvraag voor deze multidisciplinaire zorg?

b) Hoeveel vrouwen werden behandeld?

c) Werden er ook vrouwen geweigerd? Hoeveel?

d) Bent u van plan om nog meer dergelijke overeenkomsten te sluiten met andere referentiecentra? Zo ja, met welke? Welk bedrag wordt hiervoor voorzien? Zo neen, waarom niet?



DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN VOLKSGEZONDHEID

LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE PUBLIQUE

## Antwoord op de parlementaire vraag nr. K660 van 20/01/2016 van Mevrouw Pas

Het Geachte Lid vindt hieronder het antwoord op zijn vragen.

1)

Hieronder vindt u de cijfers die mijn administratie mij heeft bezorgd. Er bestaat inderdaad een gegevensbank, de MG-MZG (Medische Gegevens – Minimale Ziekenhuisgegevens) bij de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Deze gegevensbank centraliseert de geanonimiseerde medische gegevens van alle gehospitaliseerde patiënten. De ziekenhuizen bezorgen die medische gegevens op gezette tijden aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu in de vorm van codes uit de internationale ICD-classificatie (“International Classification of Diseases”). Tot 2014 waren de gebruikte codes afkomstig van de ICD-9-CM classificatie (“International Classification Diseases – 9th edition – Clinical Modification”). 2015 was een overgangsjaar dat de FOD en de ziekenhuizen in staat heeft gesteld op een meer recente classificatie over te stappen, namelijk de ICD-10-BE die de classificatie van de diagnosecodes (ICD-10-CM) en de procedurecodes (medische, heelkundige handelingen ...) (ICD-10-PCS) samenvoegt.

Mijn administratie beschikt nog niet over de gegevens voor de jaren 2014 en 2015. Zodoende leg ik u de gevraagde gegevens voor m.b.t. de jaren 2009 tot 2013.

Ik merk op dat dergelijke ingreep onwettig is in België. Deze cijfers hebben dus betrekking op de diagnoses en niet op de procedures.

### DIAGNOSE- DIAGNOSE

**VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING,  
NIET GESPECIFIEERD  
MUTILATION GENITALE FEMININE, NON  
SPECIFIEE**

JAAR - ANNEE				
2009	2010	2011	2012	2013
32	42	50	52	33

<b>VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING, TYPE 1 (CLITORIDECTOMIE) MUTILATION GENITALE FEMININE, TYPE 1 (CLITORIDECTOMIE)</b>	11	25	46	45	48
<b>VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING, TYPE 2 (EXCISIE) MUTILATION GENITALE FEMININE, TYPE 2 (EXCISION)</b>	<10	11	<10	46	62
<b>VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING, TYPE 3 (INFIBULATIE) MUTILATION GENITALE FEMININE, TYPE 3 (INFIBULATION)</b>	12	11	23	30	47
<b>ANDER TYPE VAN VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING (TYPE 4 EN ANDER) AUTRE TYPE DE MUTILATION GENITALE FEMININE (TYPE 4 ET AUTRE)</b>	<10	<10	<10	<10	<10
<b>TOTAAL - TOTAL</b>	64	94	128	177	198

Er moeten hierbij enkele opmerkingen gemaakt worden:

- Een ondercodering van de diagnoses van vrouwelijke genitale verminking is meer dan waarschijnlijk aangezien een deel van het ziekenhuispersoneel niet vertrouwd is met dergelijke praktijk en dit fenomeen niet kent;
- Deze cijfers betreffen enkel de gehospitaliseerde vrouwen (die ten minste één nacht in het ziekenhuis hebben verbleven) en niet de ambulante patiënten (die zich op spoedgevallen of voor een raadpleging hebben aangeboden, ...)

Uit deze tabel blijkt dat het totale aantal geregistreerde VGV in de Belgische ziekenhuizen tussen 2009 en 2013 is verdrievoudigd. Dit kan worden verklaard door het feit dat de kraamafdelingen van de ziekenhuizen in 2010-2011 gesensibiliseerd werden voor de problematiek van de VGV (Vrouwelijke Genitale Verminkingen). Die sensibilisering gebeurde via een informatie"folder" die aan de artsen en vroedvrouwen van de kraamafdelingen was gericht. In deze folder, ontworpen door GAMS (Groep voor de afschaffing van vrouwelijke genitale verminking), werd aan de betrokken personeelsleden de mogelijkheid voorgesteld om een opleiding te volgen. Dit project werd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu gefinancierd.

Sindsdien vindt deze opleiding geregeld plaats en ze wordt momenteel voortgezet. De opleiding ging eerst van start in de ziekenhuizen die het meest bij deze problematiek betrokken zijn om vervolgens naar de andere ziekenhuizen te worden uitgebreid.

2)

	JAAR				
	2009	2010	2011	2012	2013
	N	N	N	N	N
<b>INDICATOR NATIONALITEIT INDICATEUR DE NATIONALITE</b>					
<b>AF-NATIONALITEIT VAN EEN VAN DE LANDEN UIT AFRIKA AF-NATIONALITE D'UN DES PAYS DE L'AFRIQUE</b>	38	54	84	95	112
<b>AM- NATIONALITEIT VAN EEN VAN DE LANDEN UIT AMERIKA AM-NATIONALITE D'UN DES PAYS DU CONTINENT AMERICAIN</b>	<10	<10	<10	<10	<10
<b>AZ- NATIONALITEIT VAN EEN VAN DE LANDEN UIT AZIE AZ-NATIONALITE D'UN DES PAYS DE L'ASIE</b>	<10	<10	<10	<10	<10
<b>BE- BELGISCHE NATIONALITEIT BE- NATIONALITE BELGE</b>	15	27	28	54	65
<b>EUROPA (EU + niet-UE), UITGEZONDERD DE BELGISCHE NATIONALITEIT EUROPE (UE + non-UE), EXCEPTE LA NATIONALITE BELGE</b>	<10	<10	<10	<10	<10
<b>OC- NATIONALITEIT VAN EEN VAN DE LANDEN UIT OCEANIE OC-NATIONALITE D'UN DES PAYS DE L'OCEANIE</b>	<10	<10	<10	<10	<10
<b>OO-NATIONALITEIT VAN DE PATIENT NIET BEKEND OO-NATIONALITE DU PATIENT NON CONNUE</b>	10	9	12	21	15
<b>TOTAAL - TOTAL</b>	64	94	128	177	198

Een groot deel van de vrouwen met VGV is van Afrikaanse origine (ongeveer twee derde van de geïnventariseerde patiënten).

Er werden zeer weinig Aziatische vrouwen (waarvan het Midden-Oosten deel uitmaakt) geregistreerd. Ongeveer een derde van de betrokken vrouwen heeft de Belgische nationaliteit. Deze cijfers zijn echter meer dan waarschijnlijk vertekend omdat een aantal vrouwen afkomstig van landen waar vrouwelijke genitale verminkingen worden toegepast de Belgische nationaliteit hebben.

3)

	<b>GEMIDDELDE LEEFTIJD AGE MOYEN</b>
--	--

<b>JAAR ANNEE</b>	
<b>2009</b>	29.3
<b>2010</b>	27.9
<b>2011</b>	28.3
<b>2012</b>	27.7
<b>2013</b>	27.8

Deze tabel vermeldt de gemiddelde leeftijd van de betrokken patiënten op het moment van registratie, maar geeft niet aan wanneer die vrouwen (en vooral jonge meisjes) een excisie hebben ondergaan. Ik wijs erop dat deze cijfers enkel betrekking hebben op de gehospitaliseerde patiënten bij wie een VGV is vastgesteld.

4)

Op 1 maart 2014 is de overeenkomst voor de medische en psychosociale begeleiding bij de behandeling van de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen met het UZ Gent en UCM Sint-Pieter in werking getreden. De overeenkomst voorziet 2 soorten verstrekkingen: de medisch-psychosociale begeleidingszittingen en de reconstructieve operatie. De reconstructieve operatie is echter maar voor een beperkt aantal patiënten aangewezen en kan maar onder bepaalde voorwaarden in aanmerking komen voor een tegemoetkoming in het kader van deze overeenkomst. Sommige patiënten die zich met een probleem in de centra aanmelden, kunnen ook geholpen worden buiten de overeenkomst op basis van de nomenclatuur.

Voor het sluiten van de overeenkomst met beide centra is er inderdaad een budget van 500.000 euro voorzien. De reële uitgaven zijn echter afhankelijk van het aantal prestaties dat de centra werkelijk gepresteerd hebben en liggen voor 2014 en 2015 beduidend lager dan het voorziene budget. In 2014 zijn er geen uitgaven voor deze centra gerealiseerd. In de eerste 9 maanden van 2015 (uitgaven laatste trimester 2015 zijn nog niet beschikbaar) bedragen de uitgaven voor de 2 centra samen 10.039,92 euro.

Het feit dat de uitgaven voor beide centra laag zijn, is door verschillende factoren te verklaren. Ten eerste dienden de centra intern een nieuwe administratieve procedure te ontwikkelen om überhaupt te kunnen factureren. Ten tweede kunnen de centra pas factureren nadat de bevoegde instantie (in dit geval het College van geneesheren-directeurs) voor iedere patiënt afzonderlijk zijn akkoord heeft gegeven over de aanvraag om tegemoetkoming. Ook vraagt het factureren dikwijls enige tijd, zeker bij centra die deel uitmaken van een ziekenhuis: ziekenhuizen geven er soms de voorkeur aan om de facturatie van bepaalde verstrekkingen te groeperen. Ten slotte hebben de centra tot 2 jaar na het akkoord de tijd om te factureren.

Daarenboven is het niet ongebruikelijk dat het aantal patiënten en bijgevolg ook het aantal gerealiseerde prestaties en de uitgaven bij nieuwe centra in het begin laag zijn. Nieuwe centra moeten namelijk hun werking nog organiseren, zich bekend maken op het terrein, enz.. De centra zien ook heel wat patiënten die geen rechthebbenden zijn van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (patiënten met een asielaanvraag, OCMW gerechtigde patiënten,...). De centra rapporteren dat ook de taalbarrière een groot knelpunt is,

niettegenstaande er op basis van een ander financieringsmechanisme interculturele bemiddelaars beschikbaar zijn.

De eerste jaarverslagen die de centra hebben opgesteld, zijn heel verschillend waardoor een vergelijking van de gegevens tussen de centra moeilijk is. Voor de volgende jaarverslagen is er aan de centra gevraagd om een gezamenlijk verslagschema op te stellen, waardoor vergelijking in de toekomst wel mogelijk zou moeten zijn.

Tijdens het eerste werkingsjaar heeft het UCM Sint-Pieter volgens zijn jaarverslag 219 patiënten gezien. 51% van deze patiënten waren rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en konden dus behandeld worden in het kader van de overeenkomst. Voor het UZ Gent ligt dit aantal volgens het jaarverslag beduidend lager. In het jaar 2014 heeft het UZ Gent 8 rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van de overeenkomst gezien. Het UZ Gent heeft zijn overeenkomst echter pas begin juli 2014 ondertekend.

Beide overeenkomsten gelden in eerste instantie tot en met 28-2-2017. Het is gebruikelijk dat er een globale evaluatie gebeurt op het einde van deze looptijd.

Om kwaliteitsredenen is het gewenst het aantal referentiecentra beperkt te houden. Tot op heden hebben er ook nog geen andere centra met jarenlange expertise en ervaring hun kandidatuur ingediend. Zoals mag blijken uit de hier meegedeelde informatie, is er nog een belangrijke benuttingscapaciteit ter beschikking in de beide erkende centra. De overeenkomst op dit ogenblik afsluiten met nieuwe centra is bijgevolg nietaangewezen.

## Réponse à la question parlementaire n° K660 du 20/01/2016 de madame Pas

L'Honorable Membre trouvera ci-après la réponse à sa question.

1)

Voici les chiffres qui m'ont été fournis par mon administration. En effet, il existe une base de données, le DM-RHM (Données Médicales – Résumé Hospitalier Minimum) instituée au sein du Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Cette base de données centralise les données médicales relatives à chaque patient hospitalisé sous forme anonymisée. Ces données médicales sont transmises périodiquement par les hôpitaux au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement sous forme de codes issus de la classification internationale ICD (« International Classification of Diseases »). Jusqu'en 2014, les codes utilisés provenaient de la classification ICD-9-CM (« International Classification Diseases – 9th edition – Clinical Modification »). L'année 2015 a constitué une année de transition qui a permis au SPF et aux hôpitaux de passer à une classification plus récente, à savoir l'ICD-10-BE qui regroupe la classification des codes de diagnostic (ICD-10-CM) et des codes de procédures (actes médicaux, chirurgicaux...) (ICD-10-PCS).

Mon administration ne dispose pas encore des chiffres pour les années 2014 et 2015. C'est ainsi que je vous présente les données que vous m'avez demandées mais pour les années 2009 à 2013.

Je fais remarquer que ce type d'intervention est illégal en Belgique. Ces chiffres concernent donc les diagnostics et non les procédures.

DIAGNOSE-DIAGNOSE	JAAR - ANNEE				
	2009	2010	2011	2012	2013
<b>VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING, NIET GESPECIFIEERD MUTILATION GENITALE FEMININE, NON SPECIFIEE</b>	32	42	50	52	33
<b>VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING, TYPE 1 (CLITORIDECTOMIE) MUTILATION GENITALE FEMININE, TYPE 1 (CLITORIDECTOMIE)</b>	11	25	46	45	48
<b>VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING, TYPE 2 (EXCISIE) MUTILATION GENITALE FEMININE, TYPE 2 (EXCISION)</b>	<10	11	<10	46	62
<b>VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING, TYPE 3 (INFIBULATIE) MUTILATION GENITALE FEMININE, TYPE 3</b>	12	11	23	30	47



**(INFIBULATION)**

**ANDER TYPE VAN VROUWELIJKE  
GENITALE VERMINKING (TYPE 4 EN  
ANDER)  
AUTRE TYPE DE MUTILATION GENITALE  
FEMININE (TYPE 4 ET AUTRE)**

**TOTAAL - TOTAL**

	<10	<10	<10	<10	<10
	64	94	128	177	198

Quelques remarques s'imposent :

- un sous-codage des diagnostics de statut de mutilation génitale féminine est plus que vraisemblable étant donné qu'une partie du personnel hospitalier n'est pas familiarisée à ce type de pratique et méconnaît ce phénomène ;
- ces chiffres ne concernent que les femmes hospitalisées (ayant séjourné au moins une nuit à l'hôpital) et non les patientes ambulatoires (s'étant présentées aux urgences ou à une consultation, ...)

Il ressort cependant de la lecture de ce tableau que le nombre total de MGF enregistrés dans les hôpitaux belges a triplé entre 2009 et 2013. Ceci s'explique par la sensibilisation des maternités des hôpitaux en 2010-2011 à la problématique des MGF (Mutilations Génitales Féminines). Cette sensibilisation s'est faite via un « folder » d'information adressé aux médecins et sages-femmes des maternités. Ce « folder » conçu par le GAMS (Groupe d'Abolition des Mutilations Génitales Féminines) proposait la possibilité aux membres du personnel concerné de suivre une formation. Ce projet a été commandité par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

Depuis lors, cette formation a régulièrement lieu et se poursuit actuellement. Elle a démarré tout d'abord dans les hôpitaux les plus concernés par cette problématique pour s'étendre ensuite à d'autres hôpitaux.

2)

	<b>JAAR</b>				
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
<b>INDICATOR NATIONALITEIT INDICATEUR DE NATIONALITE</b>					
<b>AF-NATIONALITEIT VAN EEN VAN DE LANDEN UIT AFRIKA AF-NATIONALITE D'UN DES PAYS DE</b>	38	54	84	95	112

<b>L'AFRIQUE</b>					
<b>AM- NATIONALITEIT VAN EEN VAN DE LANDEN UIT AMERIKA AM-NATIONALITE D'UN DES PAYS DU CONTINENT AMERICAIN</b>	<10	<10	<10	<10	<10
<b>AZ- NATIONALITEIT VAN EEN VAN DE LANDEN UIT AZIE AZ-NATIONALITE D'UN DES PAYS DE L'ASIE</b>	<10	<10	<10	<10	<10
<b>BE- BELGISCHE NATIONALITEIT BE- NATIONALITE BELGE</b>	15	27	28	54	65
<b>EUROPA (EU + niet-UE), UITGEZONDERD DE BELGISCHE NATIONALITEIT EUROPE (UE + non-UE), EXCEPTE LA NATIONALITE BELGE</b>	<10	<10	<10	<10	<10
<b>OC- NATIONALITEIT VAN EEN VAN DE LANDEN UIT OCEANIE OC-NATIONALITE D'UN DES PAYS DE L'OCEANIE</b>	<10	<10	<10	<10	<10
<b>OO-NATIONALITEIT VAN DE PATIENT NIET BEKEND OO-NATIONALITE DU PATIENT NON CONNUE</b>	10	9	12	21	15
<b>TOTAAL - TOTAL</b>	64	94	128	177	198

Une grande partie des femmes présentant des MGF est d'origine africaine (plus ou moins deux tiers des patientes recensées).

Très peu de femmes originaires de l'Asie (dont fait partie le Moyen-Orient) ont été enregistrées.

Plus ou moins un tiers des femmes concernées est de nationalité belge. Ces derniers chiffres sont cependant plus que probablement biaisés étant donné qu'un nombre de femmes provenant des pays où se pratiquent les MGF sont Belges.

3)

	<b>GEMIDDELDE LEEFTIJD AGE MOYEN</b>
<b>JAAR ANNEE</b>	
<b>2009</b>	29.3
<b>2010</b>	27.9
<b>2011</b>	28.3
<b>2012</b>	27.7
<b>2013</b>	27.8

Ce tableau nous rapporte l'âge moyen des patientes concernées au moment de l'enregistrement mais ne nous renseigne pas quand ces femmes (et surtout jeunes filles) se sont fait exciser. Je rappelle que ces chiffres ne concernent que des patientes hospitalisées chez qui une MGF est observée.

4)

La convention relative à l'accompagnement médical et psychosocial dans le cadre du traitement des séquelles des mutilations génitales féminines conclue entre l'UZ Gent et le CHU Saint-Pierre est entrée en vigueur le 1er mars 2014. La convention prévoit 2 types de prestations : les séances d'accompagnement médical et psychosocial et l'opération de reconstruction. L'opération de reconstruction ne concerne cependant qu'un nombre limité de patientes et n'entre en ligne de compte pour une intervention dans le cadre de cette convention que sous certaines conditions bien définies. Certaines patientes qui se présentent dans les centres de référence avec leur problème peuvent également obtenir une aide hors du cadre de la convention, sur base de la nomenclature des soins de santé.

Pour la conclusion de la convention avec les deux centres, un budget de 500 000 euros est en effet prévu. Toutefois, les dépenses réelles dépendent du nombre de prestations que les centres ont réellement effectuées. Pour 2014 et 2015, elles sont nettement inférieures au budget prévu. En 2014, aucune dépense n'a été engagée pour ces centres. Pour les 9 premiers mois de 2015 (les dépenses du dernier trimestre 2015 ne sont pas encore disponibles), les dépenses pour les 2 centres s'élèvent au total à 10.039,92 euros.

Plusieurs raisons expliquent que ces dépenses pour les deux centres sont faibles. Premièrement, les centres ont dû développer en interne une nouvelle procédure administrative pour effectivement pouvoir facturer. Deuxièmement, les centres ne peuvent facturer que lorsque l'instance compétente (en l'occurrence le Collège des médecins-directeurs) a donné son accord concernant la demande d'intervention pour chaque patiente séparément. Par ailleurs, la facturation nécessite souvent un certain temps, certainement dans des centres au sein d'un hôpital : les hôpitaux préfèrent parfois regrouper la facturation de certaines prestations. Enfin, les centres disposent d'un délai de 2 ans après la signature de l'accord pour facturer.

En plus, il n'est pas inhabituel que le nombre de patientes et par conséquent le nombre de prestations effectuées et les dépenses soient peu élevés au début, dans de nouveaux centres. En effet, de nouveaux centres doivent encore organiser leur fonctionnement, se faire connaître sur le terrain... Les centres rencontrent aussi de nombreuses patientes qui ne sont pas bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé (patientes ayant introduit une demande d'asile, patientes inscrites au CPAS...). Les centres rapportent que la barrière linguistique pose également un grand problème bien que des médiateurs interculturels soient disponibles sur la base d'un autre mécanisme de financement.

Les premiers rapports annuels que les centres ont rédigés sont très divergents si bien qu'une comparaison des données entre les centres s'avère difficile. Pour les rapports annuels suivants, il est demandé aux centres d'établir un schéma de rapports collectif qui permettrait cette comparaison à l'avenir.

Lors de la première année d'application de la convention, le CHU Saint-Pierre a, selon son rapport annuel, rencontré 219 patientes. 51 % de ces patientes étaient bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et ont donc pu être traitées dans le cadre de la convention. Pour l'UZ Gent, ce nombre est, selon le rapport annuel, nettement plus restreint. En 2014, l'UZ Gent a rencontré, dans le cadre de la convention, 8 bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé. Notons que l'UZ Gent n'a signé sa convention qu'au début du mois de juillet 2014.

Les deux conventions sont applicables en première instance jusqu'au 28.2.2017 inclus. Habituellement, une évaluation globale a lieu à l'échéance de la convention.

Pour des raisons de qualité, il est souhaitable de limiter le nombre de centres de référence. Jusqu'à présent, aucun autre centre disposant d'une longue expertise et expérience en la matière n'a introduit sa candidature. De plus, il ressort des informations susmentionnées qu'une importante capacité d'exploitation est encore disponible dans les deux centres agréés. Il n'est dès lors pas recommandé en ce moment de conclure la convention avec de nouveaux centres.

**De Minister,**

**La Ministre,**

**Maggie DE BLOCK**

---