

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 6 OKTOBER 2015

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

du

MARDI 6 OCTOBRE 2015

Après-midi

La séance est ouverte à 14.16 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 14.16 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le tabac" (n° 5864)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les accises sur le tabac" (n° 5982)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les fabricants de cigarettes et le *tax shift*" (n° 6014)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le tabac à rouler" (n° 6459)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des accises sur les produits du tabac et les mesures de sensibilisation qui l'accompagnent" (n° 6491)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le paquet de cigarettes neutre en Australie" (n° 6263)

01 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "tabak" (nr. 5864)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tabaksaccijnzen" (nr. 5982)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "sigarettenfabrikanten en 'taxshift'" (nr. 6014)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de roltabak" (nr. 6459)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de accijnsverhoging op tabaksproducten en de flankerende sensibiliseringsmaatregelen" (nr. 6491)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het neutrale sigarettenpakje in Australië" (nr. 6263)

01.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, l'enquête menée en ligne par GfK, à la demande de la Fondation contre le Cancer révèle que deux jeunes sur trois ont été confrontés à de la publicité pour le tabac au cours des trois derniers mois, principalement dans les magasins de presse. Parmi les personnes interrogées, la majorité considère que l'exposition des paquets dans les points de vente peut être assimilée à de la publicité.

Plus de sept jeunes adultes sur dix sont d'accord avec l'interdiction totale de cet étalage. Les jeunes Belges considèrent également que les paquets neutres (sans logo, ni réclame), comme ceux qui existent en Australie, sont moins attractifs tout en restant suffisamment informatifs.

La Fondation contre le Cancer insiste pour que des mesures soient prises afin de rendre le tabagisme moins attractif chez les jeunes. Ces mesures consistent à interdire toute forme de publicité du tabac, y compris leur

étalage dans les points de vente et à introduire les paquets de cigarettes neutres, comme c'est déjà le cas en Australie, en Irlande, au Royaume-Uni et en France, où les décisions de principe sont également prises.

Madame la ministre, qu'en est-il? Je pense que ces éléments ne font que renforcer ce qui était déjà établi sur le plan de l'étude internationale, y compris l'étude menée par l'Université d'Anvers en ce sens. Je n'ai eu de cesse de plaider pour avancer en la matière. J'ai d'ailleurs déposé différents textes à cet effet. Quand le gouvernement va-t-il enfin agir en la matière? Ceci est complémentaire et ne sera pas remplacé par les décisions européennes qui devront également être appliquées dans un an.

Ma seconde question jointe porte sur le prix du tabac, plus particulièrement sur les accises, à la suite des décisions du gouvernement prises en juillet dernier. À cet égard, nous pouvons nous poser des questions quant aux choix opérés par le gouvernement. La Coalition nationale contre le Tabac, qui regroupe des associations telles que la Fondation contre le Cancer et le Fonds des Affections Respiratoires, a écrit au ministre des Finances au sujet de la décision du gouvernement d'augmenter le prix du tabac en vue d'atteindre le montant de 225 millions de revenus supplémentaires en 2018, comme c'est d'ailleurs inscrit dans les tableaux que le premier ministre nous a fournis.

La première critique émise par la Coalition, c'est que l'augmentation prévue n'aura pas de réel impact sur la consommation du tabac, puisque la hauteur d'augmentation est insuffisante. Pour avoir un effet dissuasif clair, le prix du tabac à rouler devrait augmenter chaque année d'au moins 1 euro et le paquet de cigarettes de 50 cents. Les études l'ont bien démontré.

L'autre critique, singulièrement interpellante, c'est que la décision du gouvernement permet à l'industrie du tabac de recevoir, elle, 261 millions d'euros supplémentaires. Manifestement, le gouvernement a choisi la technique des accises proportionnelles. Cette technique permet qu'une partie du "bonus" aille dans la poche des cigarettiers, alors que, si le gouvernement choisissait la technique des accises spécifiques, c'est l'ensemble des taxes qui reviendraient au niveau de l'État. Ceci lui permettrait d'avancer notamment dans les budgets à proposer pour l'aide à l'arrêt tabagique qui est évidemment un enjeu important.

Madame la ministre, comment vous positionnez-vous par rapport à cela? N'est-il pas dans votre rôle, comme ministre de la Santé publique, d'intervenir au sein du gouvernement et auprès du ministre des Finances pour que la technique des accises spécifiques soit utilisée et qu'on ne permette pas ainsi qu'une partie du "bonus" aille dans les poches des cigarettiers?

01.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat in dezelfde richting. De taxshift die voor de vakantie een hot item was, zou er tegen 2018 voor zorgen dat sigaretten 0,70 euro meer zouden kosten. Die maatregel zou enerzijds de Staatskas spijsen met ongeveer 225 miljoen euro tegen 2018 – zo heb ik gelezen – en anderzijds zou die prijsverhoging bevorderlijk zijn om mensen ertoe aan te zetten om te stoppen met roken. Net als mijn collega moet ik vaststellen dat dé grote winnaar van die maatregel de tabaksbedrijven lijken te zijn, die op drie jaar tijd 261 miljoen euro extra zouden opstrijken, puur door het mechanisme dat gehanteerd wordt.

Wij denken – u zult daar zodadelijk misschien meer duidelijkheid over geven – dat de prijs voor een pakje sigaretten per jaar wellicht slechts miniem zal stijgen, als die maatregel getrapt wordt ingevoerd. Op die manier zullen de gevolgen voor het tabaksverbruik dan ook nihil zijn. In het verleden werd dat namelijk meermaals bewezen en ook alle experts zijn die mening toegedaan.

De Nationale Coalitie Tegen Tabak, die, zoals u weet, veel organisaties bundelt, is van mening dat er een volledig verkeerde strategie wordt gehanteerd om tabaksgebruikers het roken te ontraden. De Nationale Coalitie Tegen Tabak is echt van mening dat men zich geen slechter scenario had kunnen voorstellen dan het systeem dat nu wordt gehanteerd. Door het gebruik van proportionele accijnzen hebben de tabaksfabrikanten meer ruimte om hun prijzen en winstmarge zelf te bepalen, wat uiteraard ook geen goede zaak is als we spreken over ontrading.

Mevrouw de minister, mijn vragen zijn dan ook de volgende.

Op welke manier zal die prijsverhoging precies worden geïmplementeerd? Zal dat inderdaad met stukjes en beetjes zijn in de volgende jaren?

In de notulen kunnen we lezen dat de minister van Volksgezondheid, bevoegd voor het Tabaksplan,

geconsulteerd zal worden om geen contraproductieve accijnsmaatregelen te nemen. Nochtans hebben wij u daarover ondertussen nog niet gehoord. De experts stellen bovendien dat er wel contraproductieve accijnsmaatregelen genomen zijn. Daarom had ik graag van u vernomen hoe u dat rijmt met uw bezorgdheid inzake Volksgezondheid?

01.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik doe er nog eentje bij in de rij, maar dan over roltabak. Die is vijf keer goedkoper dan gewone sigaretten in ons land. Deze lage prijzen zetten ook jongeren extra aan om te starten met roken, omdat het goedkoper is. Het aantal rokende jongeren is ook nog de voorgaande jaren gestegen.

De voorgaande collega's hebben reeds aangehaald dat de taxshift een accijnsverhoging voor tabak zou bevatten. Ik heb gelezen dat dit ook zo zou zijn voor roltabak, vanwaar mijn vragen.

Ten eerste, over welke accijnsverhoging gaat het juist voor deze typische roltabak? Zal dit een effect hebben op de gezondheidsuitgaven? Zoals reeds gezegd door mijn collega en zoals ook gezondheidseconomen zeggen, heeft enkel prijsverdubbeling effect op de gezondheid, omdat dan pas mensen stoppen met roken. Dit is niet zo bij een kleine maatregel.

Ten tweede, u bent bezig met de omzetting van de EU-richtlijn inzake duidelijke informatie op pakjes sigaretten. Wat dan met deze reclame voor deze vorm van tabak op verkoopplaatsen?

Tenslotte, hoe ver staat u met de rookstopmedicatie en de terugbetaling daarvan? Over welk bedrag gaat het bij de algemene accijnsverhoging voor tabak?

01.04 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik heb gehoord dat collega Fonck ook een vraag heeft gesteld over het neutrale sigarettenpakje. Mijn vraag nr. 6263 onder punt 40 behandelt dat ook. Ik vraag dus om die vraag hieraan toe te voegen en zo alles inzake tabak samen te behandelen. (*Instemming*)

We hebben in deze commissie reeds van gedachten gewisseld over de neutrale sigarettenpakjes. U hebt verwezen naar de studie uit Australië en zou nakijken hoe dat daar in het werk gaat, om hier een gefundeerd antwoord te kunnen geven over het neutrale pakje.

Wat is de stand van uw evaluatie? Is die bijna afgerond? Zijn er al bevindingen? Zo niet, wat zal het tijdpad zijn?

Ik ga verder in op de taxshift. Ik ben iets positiever dan de leden van de oppositie. Er komt een taxshift, de sigaretten worden duurder. Hoe dat model er zal uitzien, is nog volop in ontwikkeling. Het is wel juist, en daar volg ik de oppositie in, dat er naast prijsverhoging een belangrijke rol blijft voor preventie en ontrading. Dat is momenteel nog niet echt duidelijk. In het kader daarvan heb ik enkele vragen.

Over de accijnsverhoging betreffende roltabak werd wel iets gezegd, maar dat werd later niet meer verduidelijkt. Het kwam slechts kort aan bod en ik weet niet of u daar meer informatie over heeft. Hoeveel zal de accijnsverhoging daarop bedragen?

Hebt u over de taxshift en flankerende sensibiliseringsmaatregelen al contact gehad met minister Van Overtveldt? Wat is de uitkomst van dat overleg? Zullen er extra flankerende maatregelen komen die ook sensibilisering met zich brengen? Zo ja, welke? Wat is de timing?

01.05 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, collega's, er is veel belangstelling voor tabak. U moet weten dat de Ministerraad vrijdag nog een beslissing over al deze maatregelen moet nemen. Ik geef mijn antwoord, onder voorbehoud van wijzigingen door vergaderingen die ondertussen nog plaatsvinden en de beslissing van de Ministerraad vrijdag, want ik heb geen glazen bol.

Les mesures prévues dans la directive européenne de 2014 vont améliorer la protection de la population contre le fléau du tabac. Outre le renforcement des avertissements sanitaires sur les paquets, un renforcement de la législation sur les ingrédients et l'interdiction des arômes caractérisants, la directive permet également aux États membres de mettre en œuvre le paquet neutre.

Afin de pouvoir mener un débat serein basé sur des données fiables, j'ai demandé à mes services de préparer un rapport sur l'efficacité de cette mesure en Australie ainsi que sur les préparatifs mis en place

dans les trois pays de l'Union européenne susmentionnés. Ce rapport me sera transmis durant ce dernier trimestre et servira de base pour le débat et pour les adaptations à entreprendre selon la directive européenne.

Je suis consciente que le prix des produits du tabac joue un rôle majeur dans la lutte contre le tabagisme.

De belasting van de tabaksproducten is natuurlijk een bevoegdheid van mijn collega van Financiën, de heer Van Overtveldt. Ik nodig u dan ook uit om bij hem de gedetailleerde gegevens op te vragen. Ik ben er echt van overtuigd dat samenwerking mogelijk is om een toename van de inkomsten met een daling van het aantal rokers te combineren. Daar zullen wij dan ook samen aan werken.

Wat de vragen over de terugbetaling van de rookstopmedicatie betreft, mevrouw Dedry, sommige geneesmiddelen met bupropion, onder de merknaam Zyban, en met varenicline, zoals Champix, worden terugbetaald volgens welbepaalde criteria. Die farmaceutische specialiteiten worden terugbetaald via hoofdstuk IV en maken dus deel uit van een controle a priori. Om de terugbetaling te verkrijgen moet de behandelende arts of tabakoloog een ingevuld aanvraagformulier tot terugbetaling bezorgen aan de adviserende geneesheer van het ziekenfonds van de patiënt, die een machtiging tot terugbetaling kan afleveren aan de patiënt.

De farmaceutische specialiteiten worden slechts terugbetaald als ze voorgeschreven worden als therapeutische ondersteuning bij van nicotine afhankelijke patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen, in associatie met een ondersteunende gedragstherapie. Om de terugbetaling te verkrijgen, moet de rechthebbende aan een bepaalde voorwaarde voldoen – chronisch obstructief longlijden, stadia 2, 3 of 4 van de nieuwe GOLD-classificatie, aangetoond door spirometrie – en zich akkoord hebben verklaard aan de behandelende geneesheer om een ondersteunende gedragstherapie te volgen.

Nu blijkt dat toch heel wat mensen ook een tweede poging willen ondernemen om te stoppen en nog meer gemotiveerd zijn, is er in juli 2015 beslist om een tweede rookstoppoging met varenicline terug te betalen. Die beslissing is al op 1 oktober in werking getreden. Wij hebben dus niet gewacht, mevrouw Fonck, mevrouw Hufkens, op onder meer de beslissingen over de accijnzen die nu genomen zullen worden, om de ontradende en begeleidende functie vanuit de FOD Volksgezondheid te versterken.

Wat de preventie betreft, mevrouw Hufkens, u weet dat die niet tot mijn bevoegdheden behoort. Niettemin is het signaal duidelijk. Andere nicotinevervangers, zoals Nicorette en Nicotinell, worden niet terugbetaald, en elektrische sigaretten ook niet. Daar bestaan dan ook geen generieken van.

Madame Fonck, vous avez aussi parlé du paquet neutre. Vous avez également fait cette proposition.

Mevrouw Hufkens en mevrouw Dedry, u verwees er ook nog naar. Zoals aangekondigd heb ik aan mijn administratie een evaluatie gevraagd. Wij zullen deze opnemen in de omzetting van de Europese richtlijn.

Mevrouw Dedry, in verband met de roltabak, die komt vrijdag aan bod. Wij weten dat roltabak heel wat goedkoper is. Roltabak wordt in de winkels ook verkocht in emmers zo groot als een pot plafondverf. De inspanning om roltabak te ontraden zal dus relatief groter moeten zijn aangezien deze veel goedkoper is dan in het buitenland.

Nogmaals, het betreft hier een beslissing van de regering in haar geheel. Wij kunnen een en ander voorstellen, maar die voorstellen moeten vrijdag ook nog worden goedgekeurd.

01.06 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

S'agissant du premier volet, relatif à la publicité et au paquet neutre, il a été question de l'étude menée par GfK à la demande de la Fondation contre le cancer. Voici un peu plus de deux mois, la majorité avait balayé ma proposition de loi sur le paquet neutre en prétextant que cette mesure n'était pas efficace. Je retiens, en tout cas, que vous avez demandé un rapport à votre administration. C'est donc un petit pas en avant.

J'ose espérer que, dans cette commission, nous pourrions aborder une discussion qui fut rendue impossible il y a à peine deux mois.

Quant au volet fiscalité, l'augmentation du prix du tabac reste, pour moi, un enjeu important. On ne peut

évidemment pas accepter que vous renvoyiez cette question au ministre des Finances. En tant que ministre de la Santé publique, vous devez adopter une position très ambitieuse en termes de lutte contre le tabac. C'est votre responsabilité. Aucune décision n'a encore été prise pour le moment. Vous devez donc vous assurer, lors du Conseil des ministres de ce vendredi, que ce soit bien la technique des accises spécifiques, et non celle des accises proportionnelles, qui sera employée. Si ce n'est pas le cas, le gouvernement – et vous, en particulier, en tant que ministre de la Santé publique – permettra au lobby du tabac d'empocher 261 millions d'euros, un véritable cadeau aux producteurs. De la sorte, ils pourront encore étendre leurs canaux de marketing et de publicité à destination du public le plus fragile – à savoir, les jeunes.

Je vous enjoins à assumer vos responsabilités en tant que ministre de la Santé. Il s'agit d'un enjeu essentiel. Je sais que vous y êtes sensible, mais alors montrez-le, y compris vis-à-vis du ministre des Finances.

01.07 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik kan mij niet van de indruk ontdoen dat de regering de kar voor het paard heeft gespannen. U hebt het over een aantal maatregelen, maar er is nog altijd geen plan. U stelt blijkbaar voorzichtig een aantal zaken in het vooruitzicht tegen vrijdag. U zult mij echter niet vertellen dat de accijnsverhoging in kwestie past in een plan dat u al had over een tabaksbeleid. Dat plan is er duidelijk niet.

Ik kan mij dus echt niet van de indruk ontdoen dat het hier om een pure belastingverhoging gaat, die dient om de Staatskas te stijven. Dat is toch een gemiste kans.

Het had een mooi project kunnen worden, waarin dat neutrale pakje een rol zou hebben kunnen spelen, waarbij roltabak speciale aandacht had kunnen krijgen en waarin nog een aantal andere maatregelen hadden kunnen zijn opgenomen. Voorlopig zien wij echter niets.

Ik sluit mij aan bij mijn collega die verklaart dat zij u bij wijze van spreken echt wil pushen om van een dergelijk project werk te maken. Ik hoop van harte dat er vrijdag werk wordt gemaakt van een echt tabakbeleid. Voorlopig moet ik evenwel eerlijk bekennen dat ik ter zake pessimistisch blijf. Een en ander komt bij mij over als wat gerommel in de marge.

Indien u er vrijdag wat uithaalt, hebt u in ieder geval mijn volledige steun.

01.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik begrijp dat u het probleem met de roltabak inziet. Ik ga er dus vanuit dat, aangezien u het probleem duidelijk mee onderschrijft en ondersteunt, tijdens de komende Ministerraad uw voorstel zodanig sterk zal zijn dat wij een duidelijk resultaat zullen zien.

Wij zullen de problematiek opvolgen.

01.09 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, ik zou nog even willen reageren op de woorden van mevrouw Fonck, die de meerderheid ervan beschuldigt niet met haar voorstel te willen meegaan en het zomaar van tafel te hebben gegooid omdat ze niet met tabaksontrading bezig is. Dat klopt niet. Wij hebben gevraagd te wachten tot wij die goede studies over de implementatie van de Europese tabaksrichtlijn hadden.

Mevrouw de minister, ik ben positiever. Ik hoor immers dat u met minister Van Overtveldt wil samenwerken. Dat is een belangrijk signaal.

U merkt weliswaar op dat preventie een Vlaamse bevoegdheid is, wat volledig klopt. Echter, de minister van Volksgezondheid kan een belangrijke stempel drukken op dat model, door te benadrukken dat ook op het aspect ontrading moet worden gewerkt. Dat is erg belangrijk, maar ik verneem dat u dat wil doen.

Dan is er nog de Australische studie. Bestaat er enige mogelijkheid dat wij die evaluatie zouden kunnen inkijken of niet?

01.10 Minister Maggie De Block: Ik zal daarmee naar hier komen want het zal een belangrijk element zijn van het plan.

Mevrouw Jiroflée, ik ben niet voor plannen, ik neem maatregelen. Plannen, plannen, plannen, dat woord hebben we hier al honderdduizend keer gehoord. Als daar geen maatregelen op volgen, dan heeft het

weinig zin om plannen te hebben. Dat zal dus in elk geval een element zijn bij de positie die wij kiezen. Het zal afgetoetst worden naar aanleiding van de omzetting van de Europese richtlijn. Er zijn nog andere zaken bij betrokken, niet alleen het neutrale pakje maar bijvoorbeeld ook de uitbreiding van het rookverbod. Dat zijn allemaal elementen die bijdragen aan het debat.

Niemand zal mij ervan verdenken dat ik voorstander ben van roken. Ik ben steeds op die spijker blijven kloppen toen ik nog op de banken van de parlementsleden zat en ik ben daar dus zeer gevoelig voor.

01.11 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, wij wachten af wat al die studies en de implementatie ervan zullen opleveren.

Mevrouw de minister, u geeft een zeer belangrijk signaal als u zegt dat die roltabak een probleem is en dat daarvoor zware inspanningen moeten worden geleverd. Onze fractie kan dat ondersteunen.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

La **présidente**: Je vais me permettre de vous rappeler que nous sommes dans une logique de question/réponse. Il y a donc un temps de parole limité. Je ne vais pas vous interrompre mais je vous demande d'essayer de formuler la question en trois minutes, la réponse dans le même délai, puis de faire une courte réplique.

Madame Fonck, vous avez la parole pour poser votre question concernant le pacte d'avenir conclu avec l'industrie pharmaceutique (n° 5888).

01.12 Catherine Fonck (cdH): Je propose de transformer cette question en question écrite, madame la présidente.

La **présidente**: Très bien.

01.13 Maggie De Block, ministre: C'est un pacte important qui a été conclu avec l'industrie.

01.14 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, si je la transforme en question écrite, ce n'est pas parce que le sujet ne m'intéresse pas. La question est très longue, j'y demande pas mal de précisions. Je veux m'éviter l'exercice de lecture car le sujet vaut la peine d'un débat plus large qu'une simple question.

01.15 Maggie De Block, ministre: J'ai une réponse détaillée.

01.16 Catherine Fonck (cdH): Magnifique. Je la prends.

01.17 Maggie De Block, ministre: Mais j'allais également vous dire que je suis prête à donner à la commission, à un moment plus adéquat, une présentation détaillée du pacte. On pourrait alors en profiter pour poser toutes les questions qui s'intègrent dans cette thématique. Le pacte comprend quatre volets et beaucoup de questions pourraient être posées à cet égard.

01.18 Catherine Fonck (cdH): C'est un très vaste débat. C'est pourquoi il me semble impossible de le faire correctement dans le cadre d'une question orale de trois minutes. Je propose donc de transformer la question en question écrite et que nous revenions sur le sujet ultérieurement.

La **présidente**: La question est donc transformée en question écrite.

Et si la commission marque son intérêt pour le faire – et il me semble déduire des hochements de tête que c'est le cas –, nous prévoyons un moment dans l'agenda pour en discuter plus longuement. Dans ce cas de figure, j'invite les membres à ne pas déposer de questions dans les semaines qui viennent sur le sujet puisque nous y reviendrons.

02 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la plate-forme

eHealth" (n° 5889)

- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "eHealth" (n° 6499)

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het eHealthplatform" (nr. 5889)

- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "eHealth" (nr. 6499)

02.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, un nouveau contrat d'administration entre l'État fédéral et la plate-forme eHealth doit être adopté pour la période 2016-2018.

Comme vous avez pu le constater en parcourant ma question, mes interrogations sont nombreuses et nécessitent bien plus de trois minutes de temps de parole. Il s'agit de questions importantes. Elles ont trait aux modifications de composition des organes de la plate-forme, de représentation. Elles font référence au plan d'action en matière de e-santé, avec des conséquences en cascade. Toute une série de modifications sont également prévues en termes budgétaires, en termes de *mobile health*. Au niveau du fonctionnement de la plate-forme, il y a également des changements qui sont loin d'être banals.

Dans un souci d'efficacité, plutôt que de passer en revue toutes ces questions dont vous avez déjà pris connaissance, je préfère vous laisser plus de temps pour y répondre.

02.02 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question est très courte puisque de nombreuses questions précises ont déjà été posées.

Cette plate-forme connaît des hauts et des bas; je constate que subsistent encore des incompréhensions et que les avancées paraissent parfois chaotiques. C'est la raison pour laquelle je souhaite insister sur quelques éléments. Je pense notamment au style de gouvernance de eHealth et de Smals avec les *turn over*. Quelles mesures avez-vous prises pour améliorer les relations entre le personnel de eHealth et les prestataires, ainsi qu'entre ces derniers?

Par ailleurs, l'administrateur général devait faire l'objet d'une évaluation. Pouvez-vous me donner des informations à ce sujet? L'intéressé a-t-il été désigné à nouveau? Dans la négative, un appel à candidatures a-t-il été lancé?

02.03 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, je dois tout d'abord dire qu'hier, une invitation a été envoyée à tous les membres de la commission concernant la réunion finale à la Bibliothèque Royale, mercredi prochain.

La **présidente**: Nous avons transmis l'invitation aux membres ce matin en leur demandant de s'inscrire aujourd'hui ou demain. Cela tombe malheureusement en même temps que la première séance de débats en plénière, suite à la déclaration gouvernementale.

02.04 Maggie De Block, ministre: Je n'ai pas choisi la date!

02.05 Catherine Fonck (cdH): En tant que cheffe de groupe, je serai coincée en plénière. Pourrait-on inviter les collaborateurs?

02.06 Maggie De Block, ministre: Vous pouvez inscrire qui vous voulez.

La **présidente**: La condition est de le faire aujourd'hui ou demain.

02.07 Maggie De Block, ministre: J'en arrive à ma réponse.

Toute institution publique de sécurité sociale, dont la plate-forme eHealth, négocie tous les trois ans un nouveau contrat d'administration avec son ministre de tutelle. Comme prévu dans la loi, la plate-forme eHealth a soumis dans les délais, après son approbation par son comité de gestion, un projet de contrat à ma cellule politique. Bien que des négociations bilatérales ne soient pas encore tout à fait terminées à ce sujet et que quelques dispositions ayant déjà été adaptées évolueront certainement encore, je peux

néanmoins formuler une réponse succincte aux questions soumises.

Tout d'abord, les compétences du comité de concertation des utilisateurs de la plate-forme eHealth sont inscrites dans l'article 22 de la loi du 21 août 2008 relative à l'installation et l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions, et ne doivent pas nécessairement être énumérées de manière exhaustive dans le contrat d'administration. Il va de soi que le contrat d'administration respecte la réglementation de base de la plate-forme et la *roadmap* eSanté 2013-2018, version 2.0 est encore en cours d'examen. Elle sera validée pour la prochaine conférence interministérielle Santé publique.

Common base registry for health care actor est la source authentique consolidée et commune aux différentes institutions publiques qui sont compétentes pour la reconnaissance des acteurs de soins de santé en Belgique.

Certaines entités ou professionnels disposent d'un numéro BCE. CoBRHA utilise les données de la BCE, la Banque-Carrefour des Entreprises, mais pour consolider les informations relatives aux numéros BCE.

Les partenaires du projet CoBRHA+ sont, d'une part, les anciens partenaires de CoBRHA, notamment le SPF Santé publique, l'INAMI, la Région wallonne (plus précisément le Service public Santé de Wallonie), la Communauté flamande, la Région flamande (plus précisément le département Welzijn Volksgezondheid en Gezin) et l'AFMPS et, d'autre part, de nouveaux partenaires, la COCOF et la COCOM, la Communauté française et la Communauté germanophone.

Il est essentiel de valoriser le modèle belge à l'étranger notamment par l'échange de bonnes pratiques. Ce modèle doit promouvoir un échange de données bien organisé au niveau international qui offre les garanties utiles au niveau de la protection de la vie privée du patient ayant besoin de soins médicaux à l'étranger. Dès 2016, une nouvelle stratégie est proposée pour l'enregistrement des logiciels médicaux.

L'approche permettant d'évaluer le logiciel sera globalement modifiée. Le système de contrôle à des moments d'évaluation déterminés sera progressivement remplacé par un système plus dynamique d'évaluation permanente. Cette nouvelle approche a été approuvée aussi par le comité de gestion de la plate-forme eHealth.

Le comité de rédaction qui est compétent pour les adaptations au site web www.patientconsent.be utilise à cet effet un formulaire électronique élaboré par les représentants des partenaires suivants: la cellule politique de la ministre de la Santé publique, Vitalink, Abrumet (le réseau santé wallon), les organisations de patients, l'INAMI, le SPF Santé publique et le CIM.

Le guichet unique a été créé pour pouvoir ouvrir une prestation de services intégrée et ainsi éviter que les prestataires de soins ne soient confrontés à une multitude de portails différents. En ce qui concerne son financement, les clés de répartition seront fixées en fonction des besoins des différents partenaires.

Mobile Health est inscrit comme point d'action dans le *roadmap* précité. L'étude de faisabilité examinera en détail les aspects relatifs à la sécurité et à la vie privée.

Les garanties relatives à la protection de la vie privée, à la protection des patients et à l'accès sécurisé aux données doivent être aussi effectives que les garanties prévues pour les applications non mobiles.

Le rapportage semestriel se fait toujours à l'attention du comité de gestion qui se compose notamment des utilisateurs de la plate-forme eHealth et dans lequel sont représentés divers acteurs du comité de concertation des utilisateurs, son président et ses vice-présidents. Ceci permet d'éviter un double rapportage. Ses représentants peuvent, s'ils le souhaitent, transmettre les documents concernés au comité de concertation.

Les dernières questions ont trait aux synergies entre les institutions publiques de sécurité sociale qui sont intégrées dans l'ensemble des contrats d'administration. Il s'agit tout d'abord, du G-Cloud, une infrastructure de gouvernance commune qui est développée pour plusieurs institutions publiques de sécurité sociale et services publics fédéraux. Par ailleurs, toute institution publique de sécurité sociale qui développe elle-même des services ou qui utilise des services de tiers est invitée à offrir, dans les limites de ses possibilités, ses services à prix coûtant dans le cadre des synergies envisagées, notamment aux autres pouvoirs administratifs.

Pour ce qui est du budget de gestion pour les années 2016 à 2018, comme je vous l'ai déjà dit, les négociations sont toujours en cours. Nous tenterons de calculer ce qui figure au *roadmap*. Nous aurons les moyens de faire avancer les choses.

02.08 Catherine Fonck (cdH): Merci madame la ministre pour vos réponses.

Donc tout ce qui concerne le volet électronique, plus particulièrement relatif aux dossiers des patients, et donc lié à la plate-forme e-Health, c'est un enjeu important pour lequel il serait bon que ce nouveau contrat pour la période 2016-2018 permette de sortir par le haut des difficultés de ces dernières années, que ce soit en matière de gouvernance ou de fonctionnalités.

Vous me confirmez que le point passera en conférence interministérielle et donc que cette concertation avec les entités fédérées sera effective. Je pense que c'est fondamental. Il faut que nous puissions nous aligner également sur ce que d'autres ont déjà développé depuis plusieurs années. Je pense par exemple au dossier électronique et à tout le travail réalisé par le réseau santé wallon. C'est un exemple parmi d'autres mais c'est évidemment important.

Lors de la clôture de la table ronde du 24 juin 2015, vous avez établi le plan d'action en matière d'e-Santé. Je pense que cette nouvelle version, actualisée 2.0, doit aussi être validée par la conférence interministérielle Santé.

Je pense qu'il faudra par ailleurs être attentif en ce qui concerne la composition. On m'a parlé de remaniements qui modifient les rapports de force en présence aujourd'hui. Il faudra s'assurer aussi que les associations représentatives des patients - la LUSS et la Vlaamse Patiëntenplatform - soient correctement associées à la plate-forme e-Health.

Je me permets également de vous inciter, madame la ministre, à rester attentive; le nouveau contrat prévoit, comme vous l'avez d'ailleurs répété ici, que toute institution publique de sécurité sociale qui développe des services, pourra, à prix coûtant, échanger des données de façon transversale au niveau de l'ensemble des services publics. Je veux donc attirer votre attention sur le fait qu'il est important de garder des verrous clairs et stricts en matière de respect des dossiers des patients. On ne pourrait pas imaginer une seule seconde qu'il soit utilisé dans d'autres cadres, et notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale. Il s'agit de données qui appartiennent aux patients.

02.09 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, m'avez-vous déjà répondu?

02.10 Maggie De Block, ministre: J'ai déjà répondu en votre présence à une question de Mme Yoleen Van Camp qui portait sur l'évaluation de M. Robben ayant eu lieu le 11 mai après dépôt des avis. Son évaluation était positive. Je peux donc vous répéter la réponse que j'ai donnée à l'époque à Mme Van Camp.

02.11 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): J'irai la retrouver.

02.12 Maggie De Block, ministre: Il s'agit de la question orale n°5225 de Mme Yoleen Van Camp.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "gaming als behandeling in de psychiatrie" (nr. 5894)

03 Question de Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le jeu utilisé comme traitement psychiatrique" (n° 5894)

03.01 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, nieuwe technologieën domineren al enige tijd de gezondheidszorg.

De voorbije jaren zien we enorme ontwikkelingen dankzij de nieuwe media, zoals telemedicine en telemonitoring, al dan niet via mobiele communicatietoestellen. Die zijn al jaren in opmars. U hebt een plan

opgesteld om ze te integreren in het gezondheidsbeleid en daarvoor in de nodige terugbetaling te voorzien. Die ontwikkelingen zien we vooral in medische domeinen met heel veel technische onderzoeken, bijvoorbeeld op het vlak van cardiologie. De vernieuwing bestaat er vooral in de afstand te verkleinen tussen de patiënt en de zorgverlener bij het verstrekken van zorg of het verzamelen van medische gegevens.

Nu zien we ook op het vlak van psychiatrie nieuwe ontwikkelingen dankzij de nieuwe media. *Serious games* worden volop ontwikkeld. Voor personen met depressieve neigingen worden games ontwikkeld om het pessimistisch denken weg te trainen. In het spel kan men immers meer punten verdienen wanneer men een positieve inschatting maakt.

Recent ontwikkelde een neuropsycholoog van de Universiteit van Cambridge een iPadapplicatie die het geheugen traint. De app, die gestoeld is op wetenschappelijke principes, traint het episodisch geheugen van de hersenen.

Schizofrenie beïnvloedt de gedachte- en belevingswereld zodanig, dat patiënten soms het onderscheid niet meer maken tussen fantasie en werkelijkheid. In een herstelperiode komt episodisch geheugenverlies vaak voor, waardoor men niet gemakkelijk opnieuw aan het werk of aan de studie kan. Momenteel bestaat daarvoor geen behandeling, noch via therapie noch via medicatie. De wetenschappelijk ontwikkelde game zou wel een oplossing kunnen bieden.

Deze evolutie stelt de ziekteverzekering voor nieuwe uitdagingen. Er verschijnt immers een totaal nieuw product op het toneel in de gezondheidszorg, naast de klassieke medisch-technische prestaties en de consultatie, al dan niet op afstand. Het past ook heel goed in een beleid dat een antwoord moet bieden op de nieuwe uitdagingen, met name de enorme toename van chronische aandoeningen. Die uitdaging kunnen wij alleen maar tot een goed einde brengen, indien we de patiënt veel meer actor maken in het ziekteproces, door hem de nodige kennis over zijn aandoening bij te brengen en bij hem vaardigheden te ontwikkelen om gepast te reageren wanneer hij bepaalde symptomen vaststelt.

De nieuwe app werd ontwikkeld om het episodisch geheugen sneller te herstellen en laat patiënten toe om beter te functioneren in de maatschappij en op de arbeidsmarkt. Na een aanval kunnen zij immers sneller opnieuw intreden op de arbeidsmarkt. In die zin draagt dat soort nieuwe methodieken bij tot de vermaatschappelijking van de zorg.

Mevrouw de minister, wat is uw standpunt tegenover een eventuele terugbetaling van de games als een soort technische prestatie, naast de klassieke instrumenten zoals geneesmiddelen en therapie?

Gelet op het feit dat de Gemeenschappen en de federale overheid de bevoegdheid inzake geestelijke gezondheidszorg delen, vernam ik graag of u overleg hebt met de Gemeenschapsministers met betrekking tot de aanpak van dat nieuwe fenomeen in de geestelijke gezondheidszorg.

03.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Somers, in de nomenclatuur is de terugbetaling opgenomen van een consultatie bij de psychiater. Die consultatie kan verschillende vormen van psychotherapie includeren indien het om een langdurige consultatie gaat. In de nomenclatuur wordt niet aangegeven hoe zo'n consultatie dient te worden ingevuld. Het is dan ook mogelijk dat een psychiater die vorm van behandeling aan zijn patiënt aanraadt.

Ook in het kader van terugbetaalde multidisciplinaire revalidatieprogramma's en psychiatrischeziekenhuisopnames hebben de betrokken zorgverstrekkers, tijdens bepaalde sessies, de vrijheid om te werken met andere vormen van therapie.

Om de *serious games* zelf terug te betalen, zijn er op dit ogenblik geen projecten lopende. Er werd reeds een beperkt aantal studies uitgevoerd naar het gebruik van de *serious games* voor therapeutische doeleinden. Die studies vergelijken onder andere de klassieke behandelingsmethodes – in groep of individueel – van een mentaal gezondheidsprobleem met een behandeling waarbij spelen en andere computergestuurde therapieën aan bod komen.

In het algemeen tonen de onderzoeken aan dat de efficiëntie van de elektronische methodes evenwaardig, maar niet superieur zijn aan de klassieke behandelingsmethodes. Sommige elektronische spelen werden wel beter geaccepteerd, als aangenamer ervaren of verhoogden de betrokkenheid en/of motivatie. Dat laatste was bovendien niet altijd het geval. Verder empirisch onderzoek blijft dus noodzakelijk om ook de

doeltreffendheid van de betreffende methodes te bevestigen.

De Gemeenschappen en Gewesten zijn eveneens bevoegd. Voor het ogenblik is er over dit instrument met hen nog geen formeel overleg gepleegd. Die vraag is ons ook nooit gesteld. Wij zullen het eens vermelden, maar het is ons in ieder geval nog niet gerapporteerd.

Er zal, volgens mij, hiervoor eerst toch nog wat wetenschappelijk bewijs moeten komen. Dat zal ook wel komen van het terrein, want dergelijke tendensen waaien altijd over. Als de thearpie evenwaardig is, kan de keuze worden gemaakt. Ik herinner eraan dat de therapeutische keuzemogelijkheid al groot is bij de psychiaters. Wij zullen zien.

03.03 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, uiteraard is het noodzakelijk duidelijke resultaten van studies af te wachten, voordat wij belangrijke stappen ondernemen. U volgt de ontwikkelingen permanent en zult, indien het noodzakelijk en belangrijk wordt geacht, de materie met de Gemeenschappen bespreken. Zoals u aanhaalt, is de therapeutische vrijheid reeds ruim, maar nieuwe ontwikkelingen op de markt zijn altijd belangrijk om te volgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Ma question n° 5910 porte sur la validation des processus et le contrôle des médicaments génériques. Si nous pouvions en discuter de manière plus globale avec les acteurs des médicaments, je propose de la transformer en question écrite. Nous pourrions aussi insérer votre réponse écrite dans le cadre de cette discussion.

04 Samengevoegde vragen van

- **de heer Jan Vercammen** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsopleiding" (nr. 5916)

- **mevrouw Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stages voor artsen" (nr. 5984)

04 Questions jointes de

- **M. Jan Vercammen** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation des médecins généralistes" (n° 5916)

- **Mme Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les stages des médecins" (n° 5984)

04.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de huisartsen- en specialistenwereld maakt zich op voor de organisatie van de vernieuwde specialisatieopleiding voor huisartsen vanaf 2018. Naar analogie van de specialistenopleiding zal ook de huisarts in wording een aantal jaren, meer bepaald drie jaar, doorbrengen bij de stagemeesters in de huisartsenwereld op het veld, maar ook in het ziekenhuismilieu, voordat hij als volwaardig huisarts zijn plaats in de maatschappij opneemt.

Wij vernemen dat bepaalde universitaire instellingen hierop graag een voorafname willen nemen en alleen gebruik wensen te maken van ervaren stagiairs die al minstens een jaar praktijkervaring hebben. De praktijkopleiders en de huisartsen in beroepsopleiding zelf willen echter de ziekenhuisstage in jaar 7 in de plaats van in jaar 8, dus in het eerste jaar. Een patstelling dreigt, gezien het spierballenvertoon van grote universitaire ziekenhuizen in deze materie.

Volgens ons is dit getouwtrek weinig zinvol en hangt het vooral af van de individuele voorkeur van de personen op het terrein, maar minder van een veeleer corporatistische reflex, om alleen de meer ervaren stagiairs naar zich toe te trekken. Wat is uw standpunt hierover?

04.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, la réglementation sur les stages va être revue en ce qui concerne leur financement, la question du statut ainsi que celle des stages à l'étranger.

C'est évidemment essentiel, car il n'est pas toujours aisé de trouver des stages en médecine générale ou spécialisée. Vous allez peut-être me dire que je reviens souvent avec ce sujet. Toujours est-il qu'en 2018 nous allons être confrontés à une double cohorte en raison du passage de sept années de médecine à six. Deux fois plus de médecins vont sortir. Cela nécessitera donc de doubler les endroits dévolus aux stages.

Où en êtes-vous à cet égard? Qu'en est-il de la révision de la réglementation relative aux stages?

Vous aviez fait référence, en février dernier, à des investigations approfondies qui devaient aboutir à des conclusions. Sont-elles rédigées et disponibles?

Quelles mesures comptez-vous prendre pour améliorer l'encadrement des stages? Comment s'assurer que chaque médecin – généraliste ou spécialiste – disposera d'un endroit de stage?

Quel est le calendrier des éventuelles modifications réglementaires?

Enfin, je ne peux m'empêcher de vous questionner sur le financement de ces stages.

04.03 **Minister Maggie De Block:** Mijnheer Vercammen, madame Fonck, in de huisartsgeneeskunde wordt vanaf 2018 de duurtijd van de professionele vorming tot erkend huisarts inderdaad verlengd van twee tot drie jaar. In de realiteit was dat al het geval, maar kon het eerste jaar specialisatie nog samen worden gedaan met het zevende jaar van de basisopleiding. Het wordt dus zes plus drie in plaats van zeven plus twee jaar. Dat was reeds voorzien in het Ministerieel Besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, dat daarmee aansluiting zocht bij het algemeen principe van artikel 28 van de Europese richtlijn van 7 september 2005 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.

De stages gebeuren bij erkende stagemeesters in de huisartsgeneeskunde en erkende stageplaatsen in de ziekenhuizen. De stages in die ziekenhuisdiensten moeten minstens zes maanden en hoogstens twaalf maanden bedragen van de professionele vorming. Het interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding ICHO in Vlaanderen en de afzonderlijke universiteiten in Wallonië spelen een coördinerende rol in de toewijzing van huisartsen in opleiding voor een stage in een ziekenhuisdienst. Die instellingen en de betrokken actoren zullen er steeds naar streven een vruchtbare match te vinden tussen de huisarts in opleiding en de stagedienst en dat ten voordele van de ontwikkeling van de huisarts in opleiding.

De verlenging met 50 % van de duurtijd van de professionele vorming betekent inderdaad een grotere vraag naar stageplaatsen. Het aantal erkende stageplaatsen bij stagemeesters in de huisartsgeneeskunde lijkt te kunnen rekenen op een reserve. Voor de organisatie van de weldra verplichte stages in de ziekenhuizen zijn er al contacten gelegd tussen de centra voor de erkende vorming en de ziekenhuizen. Het tijdstip waarop de verplichte ziekenhuisstage plaatsvindt tijdens het curriculum van de huisarts in opleiding is een zuiver operationele aangelegenheid die op het werkveld zelf moet worden uitgeklaard. Een en ander valt samen met de effecten van de dubbele cohorte in 2018. Zowel de artsen die hun studies van zeven jaar geneeskunde begonnen in 2011 als de cohorte die de zesjarige studie startten in 2012, zullen kunnen rekenen op voldoende plaatsen voor hun professionele vorming.

Relever le défi de la double cohorte des étudiants en médecine sans sacrifier la qualité de la formation offerte est une préoccupation majeure pour mon administration et pour moi-même. Comme déjà indiqué, des travaux sont encore en cours, notamment au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Dans ce cadre, toutes les parties concernées sont consultées et tous les avis recueillis jusqu'à aujourd'hui montrent que nous devons porter une attention particulière sur trois paramètres: le volume disponible de stages; le maintien de la qualité de la formation professionnelle; le financement adéquat.

Les travaux étant toujours en cours, je ne peux encore communiquer de conclusion ou de mesure législative nécessaire. Toutefois, tout indique qu'une combinaison de mesures sera nécessaire comme, par exemple:

- inciter à la fois des maîtres et des services de stages en médecine spécialisée et en médecine générale à s'engager dans la formation des jeunes confrères en formation;
- faciliter et promouvoir les stages à l'étranger, des stages de recherches et des combinaisons de différents types de stages durant la formation;
- modifier certains critères d'agrément des maîtres et services de stages combinés à la révision des critères d'activités existant afin de prendre en compte des nouveaux critères tels que les consultations, l'hospitalisation de jour, etc.

L'impact budgétaire probable doit encore faire l'objet de calculs précis. Cet impact sera de toute manière temporaire puisque la double cohorte durera une seule année et ne se reproduira pas ensuite.

Une nouvelle consultation avec toutes les parties impliquées est prévue pour tout ce qui concerne la piste des stages à l'étranger. Il faut, par exemple, analyser la disponibilité et l'intérêt des centres étrangers ainsi que la motivation des stagiaires pour ce type d'expérience professionnelle.

Vous évoquez également le financement de places de stage pour les médecins spécialisés. En plus des dispositions dans la nomenclature, un budget est prévu dans le budget moyens financiers dans la partie B7.

In het lopende medicomutakkoord is een passage opgenomen waarin staat dat zal worden onderzocht op welke wijze het toepassingsveld daarvan verbreed kan worden.

Pour ce qui concerne le financement de la formation professionnelle du médecin généraliste, l'INAMI prévoit une indemnité forfaitaire pour chaque candidat médecin généraliste et pour chaque année de formation. Tout cela est stipulé dans l'arrêté royal du 17 juillet 2009 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les candidats médecins généralistes dont l'article 3 précise les conditions d'utilisation de cette indemnité.

L'indemnité est fixée via les centres de coordination agréés pour les formations en médecine générale comme stipulé dans l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

Pour l'année 2015-2016, cette indemnité s'élève à environ 30 000 euros par candidat médecin généraliste et par an. Le plein est fait à partir de 2019. L'augmentation de la durée de la formation professionnelle passe de deux à trois ans et est estimée à 12 millions par an en cas de pleine application.

De berekening is er, de uitdaging is nu het geld te vinden, maar ik reken daarbij op uw steun.

Je peux donc vous assurer que les problématiques de la double cohorte 2018, de la modification de la réglementation sur les lieux de stage et du financement de ces stages font encore l'objet d'investigations approfondies, ce qui nécessite du temps.

La commission est formée, elle se réunit et nous essayons de trouver des solutions qui soient, comme vous le dites, acceptables pour les uns et les autres. Et surtout, nous veillons à la qualité de la formation. Par exemple, nous pourrions doubler le nombre d'étudiants pouvant faire un stage chez un médecin, mais à condition d'être sûrs que celui-ci aura la capacité de s'occuper de deux étudiants au lieu d'un. Ce n'est pas si simple quand il faut également veiller à la qualité.

Ik meen dat spierballengerol in dit soort onderhandelingen niet nieuw is maar wij weten ook dat de soep nooit zo heet wordt gegeten als ze wordt opgediend.

04.04 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw duidelijke uitspraak.

Wij zijn net als u voorstander van het principe *de minimis non curat praetor*, de chef houdt zich niet bezig met onbenulligheden. Wij blijven u uiteraard steunen.

04.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il ne faut sûrement pas se précipiter. Cependant, il faut quand même avancer puisque des questions restent sans réponse.

On ne devient pas maître de stage du jour au lendemain. Il faudra donc s'accorder un peu de temps lorsque des décisions claires auront été prises pour devenir opérationnelles avant la fameuse double sortie de la cohorte.

Je ne peux que partager votre point de vue lorsque vous dites que la qualité doit être la condition *sine qua non* et le fil conducteur, y compris pour la double cohorte. Les stages à l'étranger – ne rêvons pas! – ne constituent pas une si grande manne. Entreront en ligne de compte un petit nombre de personnes supplémentaires. Pourquoi pas?

Cela dit, si vous modifiez des critères particuliers temporaires afin de pouvoir gérer cette double cohorte, vous risquez de mettre à mal l'attractivité pour des médecins qui pourraient devenir maître de stage, si ces critères ne portent que sur un an. Outre la qualité, le défi sera d'être suffisamment attractif, mais aussi, madame la ministre – j'insiste sur ce point –, d'avoir des procédures administratives simples afin que les candidats potentiels ne soient pas découragés avant même d'avoir posé leur candidature en raison de procédures administratives relativement lourdes.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de forfaitaire honoraria medische beeldvorming" (nr. 5917)

05 Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les honoraires forfaitaires pour l'imagerie médicale" (n° 5917)

05.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, onlangs werden de nieuwe tarieven voor de forfaitaire honoraria voor medische beeldvorming vanaf 1 juli 2015 vrijgegeven. Deze bedragen variëren van 26,87 en 35,5 euro voor brave Kempische regionale ziekenhuizen zoals Geel en Lier, tot 117,28 euro voor UZA Edegem. Andere grote bedragen zien we voor Mont-Godinne in Namen met net geen 100 euro of 106,67 euro in St-Luc in Bouge. Deze bedragen zijn voor vele ziekenhuizen meer dan een slok op de borrel om aan het nodige budget te geraken om het jaar rond te krijgen.

De verschillen tussen de instellingen roepen in het veld vragen op. Er wordt beweerd dat de pseudonomenclatuurnummers in dezen op een uiterst complexe wijze tot stand komen. De vastgestelde verschillen, die het gevolg zouden zijn van de berekeningsbasis op grond van een aantal APR-DRG's, zijn inderdaad vrij groot. Naar verluidt zou het gehanteerde systeem niet correct en niet transparant zijn. Ook de controle op de pathologieregistratie zou ondermaats blijven en als er al iemand gepakt wordt op het systematisch opkloppen van pathologiegegevens zouden er nauwelijks sancties volgen. De onderlinge verdeling gebeurt binnen een gesloten budget waarbij men een beetje van elkaars kaas eet.

Hoe komen de verschillen in het systeem tot stand? Wat vindt u als minister van deze verschillen? Is er geen gebrek aan transparantie? Hoe wordt dit gecontroleerd op zijn authenticiteit? Wordt dit proces geëvalueerd en aangepast in het licht van de herziening van de ziekenhuisfinanciering? Zo ja, is er al een indicatie in welke richting dit zal gaan?

05.02 Minister Maggie De Block: Eerst en vooral wil ik er graag op wijzen dat de forfaitaire honoraria voor medische beeldvorming per opname steeds door het RIZIV worden berekend op basis van de wetgeving ter zake, met name overeenkomstig artikel 8 van het KB van 10 maart 2009 tot uitvoering van artikel 69, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen betreffende de berekeningsregels van de forfaitaire honoraria voor medische beeldvorming, betaald per opname. Deze forfaits worden deels berekend op basis van het gemiddeld gebruik over heel het land, dus niet alleen die in het eigen ziekenhuis, voor beeldvorming per diagnosegroep van patiënten.

Dat sommige ziekenhuizen een hoger forfait hebben dan andere bewijst dus enkel dat de *case mix* van patiënten in de ziekenhuizen verschilt. Sommige ziekenhuizen behandelen nu eenmaal meer patiënten die gemiddeld relatief meer beeldvorming nodig hebben dan andere ziekenhuizen.

Er werd gesteld dat de berekeningsmethode correct noch transparant zou zijn. De berekeningsmethode wordt in het KB van 10 maart 2009 minutieus toegelicht. Als de methode niet correct zou worden toegepast, zouden de ziekenhuizen en artsen uiteraard snel reageren. De registratie van de minimale ziekenhuisgegevens waarop de berekeningen gebaseerd worden, wordt trouwens regelmatig door de auditors van de FOD Volksgezondheid gecontroleerd. De berekeningsmethode van dit forfait wordt niet besproken in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering maar zou wel aan bod kunnen komen bij de werf van het herijken van de honoraria.

Om de berekeningsmethode te evalueren en, indien nodig, te wijzigen beschikken de artsen via de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen over een forum. Dat kan daar dus eigenlijk aangekaart worden.

05.03 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, dank u voor uw duidelijk antwoord.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

06 **Vraag van mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad met betrekking tot de vaccinatie tegen seizoensgriep" (nr. 5926)**

06 **Question de Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé concernant la vaccination contre la grippe saisonnière" (n° 5926)**

06.01 **Ine Somers** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de Hoge Gezondheidsraad bracht een advies uit over de vaccinatie tegen seizoensgriep. De raad stelt de bestaande adviezen te handhaven, maar maakt twee belangrijke opmerkingen.

De raad stelt dat het zinvol is om alle personen tussen 50 en 65 jaar te vaccineren, zelfs indien zij niet aan een risicoaandoening leiden. Als argumenten hiervoor stelt de Hoge Gezondheidsraad dat bij deze personen een verhoogd risico bestaat op complicaties bij griep en dat er een kans is van één op drie dat deze groep minstens één factor vertoont die het risico op complicaties nog verhoogt. Daarbij denkt de raad aan roken, excessief drinken en/of zwaarlijvigheid.

De Hoge Gezondheidsraad stelt ook voor het vaccin aan te bieden aan bepaalde beroepsgroepen, meer bepaald beroepsfokkers van gevogelte en varkens, en hun familie en personen die door hun beroep in contact komen met levend gevogelte of levende varkens.

De Hoge Gezondheidsraad kondigt ook een volgend advies aan, meer bepaald als gevolg van het op de markt brengen van verzwakte levende quadrivalente vaccins of geïnactiveerde vaccins. Het verzwakte levende vaccin wordt via de neus toegediend en is geautoriseerd vanaf twee jaar tot jongeren onder de 18 jaar. In zijn advies zal de Hoge Gezondheidsraad een standpunt innemen over de doelgroepen die gebaat zijn bij deze vaccinaties.

Mevrouw de minister, zult u de huisartsen sensibiliseren om de twee extra doelgroepen in te enten tegen de seizoensgriep? Wat zal de meerkost bedragen van een meer algemene vaccinatie van deze doelgroep?

Er komt ook een nieuw advies betreffende de verzwakte quadrivalente vaccins of geïnactiveerde vaccins. Wanneer mogen wij dit advies verwachten? Zult u hierover verder overleggen met de bevoegde Gemeenschapsministers?

06.02 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Somers, u weet dat preventie en primaire preventie in de eerste lijn behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Gezien de Gemeenschappen observatoren hebben in het College van de Hoge Gezondheidsraad, neem ik aan dat zij daar ook de informatie laten doorstromen. Er nemen trouwens ook vertegenwoordigers van de Gemeenschappen deel aan de werkzaamheden van de werkgroep Vaccinatie.

Het advies van de Hoge Gezondheidsraad dat ik heb gevraagd inzake het quadrivalente vaccin of geïnactiveerde vaccins, verwachten wij tegen het begin van volgend jaar.

Wat uw vraag over de doelgroepen betreft, die doelgroepen waren vroeger ook al dezelfde. De prijs van het vaccin is ook dezelfde gebleven. Ik denk dus niet dat er een grote verschuiving zal zijn, tenzij de vaccinatiegraad enorm zou stijgen, wat dan een goede zaak zou zijn, want hoe hoger de vaccinatiegraad, hoe beter de dekking. Er ontstaat dan wat men noemt een kudde-immuniteit.

Het voedselagentschap doet controles bij personen en hun familie die werken met levend gevogelte en varkens. Die mensen moeten attesten en bewijzen van vaccinatie in huis hebben, voor al wie zich daar bevindt. Daar zal er niet veel stijging meer zijn, want iedereen tracht daarmee in orde te zijn. In een andere doelgroep, de ouderen van 50 tot 65 jaar, waartoe ik ook al behoor — dit is bijna shocking — kan de vaccinatiegraad misschien nog opgekrikt worden, wat in ieder geval een goede zaak zou zijn. Dat zal worden besproken in de interministeriële conferentie, met onze collega's van de Gemeenschappen, op het ogenblik dat wij het advies van de Hoge Gezondheidsraad zullen hebben.

La présidente: La ministre viendra aussi nous faire rapport des discussions au sein de la Conférence

interministérielle du 27 octobre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van de heer Dirk Janssens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie die de stagnatie van dementie in Europa vaststelt" (nr. 5931)

07 Question de M. Dirk Janssens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude démontrant la stagnation des cas de démence en Europe" (n° 5931)

07.01 **Dirk Janssens** (Open Vld): Mevrouw de minister, eind augustus verscheen een studie aan de universiteit van Cambridge die de dementiecijfers van de voorbije 20 tot 30 jaar vergeleek in een aantal Europese landen. De conclusies zijn in feite hoopgevend. Ofschoon het aantal ouderen stijgt, neemt het aantal personen dat lijdt aan dementie, nauwelijks toe. In sommige regio's nam de incidentie zelfs lichtjes af.

De onderzoekers wijten de stabilisatie aan een aantal factoren: betere leefomstandigheden, betere gezondheidszorg, gewijzigde levensstijl. Bij de gewijzigde levensstijl behoren onder meer ook de daling van het aantal rokers en de opgevoerde strijd tegen hart- en vaatziekten van de voorbije 20 jaar waardoor meer mensen zich laten behandelen voor hoge bloeddruk en cholesterol. Er is bovendien ook aandacht voor sport en dieet.

Om die redenen zouden de prognoses van 230 000 tot 250 000 incidenties tegen 2050 hopelijk overschot zijn. Hoeveel patiënten met dementie er dan toch moeten worden verwacht, is onduidelijk.

Ten eerste, beschikt u over aanwijzingen dat ook in België de incidentie van dementie stagneert?

Ten tweede, de studie is hoopgevend. Verbindt u nu al conclusies aan de studie? Zal de vaststelling bijvoorbeeld een impact hebben op de berekeningen van de vergrijzingscommissie inzake de kosten van de sociale zekerheid de komende jaren?

Ten derde, de studie stelt dat de levenswijze een enorme impact heeft op de stagnatie van dementie. Die conclusie bevestigt de stelling dat in de toekomst bij chronische zorg de zelfzorg eigenlijk van het grootste belang is. Daarbij gaat het zowel om een aangepaste levensstijl als het medisch remediëren aan een aantal gezondheidsproblemen. Een mooi voorbeeld is de bestrijding van hoge bloeddruk en hoge cholesterol. Zult u die vaststelling meenemen in uw beleid? Zult u overleg plegen met de bevoegde ministers van de Gemeenschappen om nog meer in te zetten op zelfzorg, preventie en in het bijzonder de levensstijl?

07.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer Janssens, een aantal studies, waaronder dewelke waarnaar u verwijst, toont inderdaad aan dat er zich mogelijks een soort stagnatie voordoet in een aantal Europese landen. In ieder geval kan men zien dat de evolutie wellicht minder scherp blijkt dan wat tot voor kort werd aangenomen.

In ons land werden op twee belangrijke momenten studies uitgevoerd. In de studie *Epidemiology research on dementia*, uitgevoerd in Antwerpen in 1991, had men het voor ons land over 150 000 ouderen met dementie. Men vermoedde toen echter dat het reële aantal hoger lag. In een recente studie, *Qualidem* van 1999 tot 2006, schat men dat 9 % van de personen ouder dan 65 jaar dementie heeft. Volgens KCE-rapport 160 zou dat neerkomen op 170 000 personen in België.

Wij kunnen op dit moment geen gefundeerde uitspraken doen over de mogelijke gevolgen waarnaar in die buitenlandse studies verwezen wordt. Ons land is in de studies niet opgenomen. Het is dus voorbarig uitspraken te doen over de aan de studie gekoppelde mogelijke gevolgen op de socialezekerheidsuitgaven.

Met het oog op het verbeteren van de beschikbare epidemiologische gegevens van chronisch zieken en ouderen met dementie wordt nu de laatste hand gelegd aan een implementatieplan van het BelRAI-instrument. Dat zorgevaluatie-instrument, dat nationaal zal worden ingevoerd in samenspraak met de Gemeenschappen en de Gewesten, zal naast de ontwikkeling aan een aangepast zorgtraject voor de chronisch zieke ouderen ons de noodzakelijke epidemiologische gegevens verschaffen. Dat is belangrijk voor het beleid, dat daar rekening mee kan houden.

Het plan Chronisch Zieken, dat samen met de gefedereerde entiteiten wordt voorgelegd, omvat eveneens de zorg voor patiënten met dementie. De Gewesten en de Gemeenschappen hebben de voorbije jaren een eigen dementiebeleid ontwikkeld. Zo bestaat er in Wallonië het actieplan Action Alzheimer Wallon, en het Centre Alzheimer et Maladies Apparentées. In Vlaanderen is het Expertisecentrum Dementie actief, en wordt het dementiebeleid geactualiseerd.

Indien de Gewesten en Gemeenschappen het wensen, zal ik hierover graag met hen in overleg gaan.

Tenslotte, preventie kan de kans op dementie verlagen, maar niet vermijden. Bovendien kan er tot 20 jaar verlopen vooraleer de patiënt, die op middelbare leeftijd zich heeft blootgesteld aan risicofactoren, dementie ontwikkelt. De effecten van de inzichten van vandaag zullen dus pas over lange tijd zichtbaar worden.

Dementie vormt nu ook een thema op de Europese vergaderingen, onder Luxemburgs voorzitterschap. Ook daar zijn al interessante gegevens aan het licht gekomen. Zo ziet men nu al zekere voorspellende gedragskenmerken, 14 jaar voor de dementie wordt vastgesteld. Ook dat moet nog getoetst worden op wetenschappelijke evidentie.

Het is het goed dat dementie nu, tijdens het Europese voorzitterschap van Luxemburg, als een van de drie belangrijkste thema's in de Europese vergaderingen wordt aangekaart.

07.03 Dirk Janssens (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik zal het dossier met de grootste aandacht blijven volgen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

08 Vraag van mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onbeschikbaar zijn van geneesmiddelen" (nr. 5936)

08 Question de Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'indisponibilité de médicaments" (n° 5936)

08.01 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uit een rondvraag van de APB blijkt dat drie keer per dag een geneesmiddel in ons land onbeschikbaar is of 1 200 keer per jaar. Het probleem rijst blijkbaar zowel in gewone apotheken als in ziekenhuisapotheken. Het gaat zowel om onbeschikbaarheid bij de fabrikant als om situaties waarbij de fabrikant slechts een beperkte hoeveelheid beschikbaar stelt voor ons land omdat hij in andere landen meer kan verdienen aan het geneesmiddel.

De onbeschikbaarheid kan zeer problematisch zijn voor de behandeling van de patiënt. Zelfs kankergeneesmiddelen kunnen onbeschikbaar zijn, wat ertoe leidt dat de patiënt zijn behandeling moet onderbreken. U zou beloofd hebben om dit probleem aan te pakken.

Hebt u officiële cijfers over de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen die een gevaar inhouden voor de gezondheid van de patiënt?

Hebt u deze problematiek reeds besproken met de producenten?

Welke maatregelen kunnen er genomen worden om de beschikbaarheid te verbeteren?

Vermits de onbeschikbaarheid ook te maken heeft met het feit dat producenten blijkbaar geneesmiddelen soms liever aan andere landen verkopen, is de vraag of het niet wenselijk is deze problematiek op Europees niveau aan te kaarten en te zoeken naar een oplossing op Europees vlak?

08.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Somers, het uniek meldpunt voor tijdelijke en definitieve onbeschikbaarheden voor geneesmiddelen bij het FAGG, dat van start is gegaan op 1 januari 2014, geeft ons de volgende cijfers met betrekking tot onbeschikbaarheden die een probleem kunnen opleveren voor de behandeling van de patiënten: 15 onbeschikbaarheden in de loop van 2014 en acht in de loop van 2015. In 2014 werden 14 van deze 15 gevallen opgelost door een aanvraag tot afwijking op de invoer van deze geneesmiddelen uit het buitenland van de betrokken firma bij de Commissie voor

Advies van het FAGG. In 2015 werden totnogtoe op deze manier zeven van de acht gevallen opgelost. Het geneesmiddel waarvoor geen oplossing kon worden gevonden was in 2014 Inderal Retard Mitis, een bètablokker, en in 2015 Valtran, een pijnstiller.

Overleg met de farmaceutische industrie is er op twee vlakken. Ten eerste, is er, zoals vermeld, voor concrete gevallen de Commissie van Advies, waar afwijkingen kunnen worden gegeven voor de invoering van deze geneesmiddelen uit het buitenland op vraag van de betrokken firma's. Ten tweede, is er de taskforce FAGG-RIZIV met vertegenwoordigers van de betrokken sectoren, inclusief de apothekers, de distributeurs en de ziekenfondsen. De taskforce zoekt naar duurzame oplossingen voor deze problematiek. Het creëren van een uniek meldpunt is een van zijn eerste realisaties. Dat laat ons ook toe te weten hoeveel gevallen er zijn. Dit najaar zullen zij ook een aantal concrete maatregelen voorstellen tot het zoeken naar oplossingen, die wij ook zullen trachten te nemen.

Het is inderdaad een Europees probleem. Er bestaat ook daar een taskforce. Het FAGG is hierin vertegenwoordigd. Ook hier wordt in eerste instantie gewerkt aan het verbeteren van de informatie en de communicatie inzake deze problematiek.

Wij hebben daar gezegd dat hiervoor oplossingen moeten worden gezocht, niet alleen op Europees vlak maar ook in ons land. Wij zullen verhinderen wat wij kunnen.

Dat staat ook in het farmaceutisch pact.

08.03 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, ik denk dat dit uniek meldpunt heel belangrijk is omdat wij deze problematiek dan kunnen opvolgen. Er kan dan snel gereageerd worden en oplossingen worden gezocht. Wij zullen de resultaten afwachten en dan bekijken of er nog bijkomende acties moeten worden ondernomen.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

08.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, si cela vous convient, je vous propose de transformer mes questions n^{os} 5985, 5986, 5987 et 6282 en questions écrites, plutôt que de faire un exercice de lecture car il s'agit de demandes d'informations et non pas de positionnements politiques. (*Assentiment*)

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zelftests voor HIV" (nr. 5990)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een gedecentraliseerde HIV-screening buiten de medische sfeer" (nr. 6021)

09 Questions jointes de

- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les autotests de dépistage du VIH" (n° 5990)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage démedicalisé et décentralisé du VIH" (n° 6021)

09.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, les experts du Conseil supérieur de la Santé (CSS) ont rendu publiques leurs conclusions sur les conditions strictes selon lesquelles pourrait être étendu le dépistage du virus du sida démedicalisé et décentralisé, grâce à des tests rapides qui, sur la base d'une goutte de sang, donnent une réponse en quelques minutes, laquelle doit, bien évidemment, être confirmée par la suite.

En la matière, les experts du CSS soulignent l'importance de la prudence nécessaire dont il faut faire preuve à l'égard de ce mode de dépistage tout en ne s'y opposant pas.

À l'heure où, sur toute la planète, les scientifiques appellent à une intensification du dépistage et à un traitement précoce, sachant qu'en 2013, le chiffre record de 1 115 nouvelles infections a été atteint en Belgique et que presque un patient sur deux est diagnostiqué tardivement, ce qui diminue ses chances de survie et augmente les risques de nouvelles contaminations, ce type de dépistage permettrait d'augmenter le nombre de dépistages précoces et donc une meilleure prise en charge des patients atteints du VIH.

Madame la ministre, êtes-vous, à l'instar des experts du CSS, favorable à la mise en place de ce dépistage démedicalisé et décentralisé du VIH recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies? Dans la négative, pouvez-vous nous préciser les raisons de votre opposition à ce genre de dépistage et nous expliquer quelle est la stratégie que vous comptez privilégier pour dépister de manière plus précoce et plus efficace les infections au VIH?

09.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, le plan VIH fait partie des discussions avec les Communautés et les Régions au sein de la Conférence interministérielle. Je vous rappelle également que l'organisation du dépistage décentralisé et démedicalisé n'est pas une compétence fédérale mais relève des compétences des entités fédérées.

Avant de pouvoir se prononcer en la matière, il convient d'analyser les conditions dans lesquelles un éventuel dépistage démedicalisé pourrait être réalisé. Ceci suppose notamment la mise en place d'une concertation entre les partenaires du terrain et les autorités compétentes ainsi que de considérer les conclusions de l'Ordre des médecins et du Conseil supérieur de la Santé.

L'avis n° 9224 du Conseil supérieur constate notamment que la demande de la ministre de l'époque, Mme Onkelinx, est incompatible avec les dispositions de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, qui interdit "le dépistage décentralisé et démedicalisé". Dès lors, le Conseil supérieur recommande aux autorités compétentes d'adapter la législation pertinente relative à l'exercice des professions de soins de santé, y compris l'arrêté royal en question.

Par conséquent, j'ai donné à mes services des instructions pour préparer un tel cadre législatif. Il convient, toutefois, de rappeler qu'un lien vers le médecin reste essentiel dans ce processus afin d'informer et d'orienter le patient qui serait détecté positif.

Ik neem dat zeer ernstig. Het gaat niet om een snotneus. Een snotneus kan men zelf behandelen en genezen, zonder de interventie van een dokter. Een seropositief persoon echter, laat staan iemand die door het HIV-virus is aangetast, zal niet kunnen genezen zonder een medische interventie. De Hoge Gezondheidsraad heeft het advies dan ook heel precies geformuleerd en ik neem dat zeer ernstig. Mensen met het HIV-virus en mensen met aids moeten medisch behandeld worden.

09.03 Daniel Senesael (PS): Merci, madame la ministre, pour vos éléments de réponse ainsi que les instructions déjà transmises pour préparer le travail.

Je comprends bien la différence établie entre le traitement et le dépistage plus précoce. Ma question portait effectivement sur ce dépistage plus précoce qui incite à un traitement adapté.

La **présidente**: Nous attendons les suites prochaines à ce propos.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidstaks" (nr. 6013)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidstaks" (nr. 6023)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidstaks" (nr. 6135)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidstaks" (nr. 6238)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de suikertaks" (nr. 6279)
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de frisdranktaks" (nr. 6599)

10 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe santé"

(n° 6013)

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe santé" (n° 6023)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe santé" (n° 6135)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe santé" (n° 6238)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe sur les sodas" (n° 6279)

- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe sur les sodas" (n° 6599)

10.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag is enigszins gelijkaardig als die van daarnet over het roken. In de taxshift wordt de zogezegde gezondheidstaks geïmplementeerd. Ondertussen weten wij dat het een taks zal worden op de suikerhoudende dranken.

Wij kunnen ons niet van de indruk ontdoen dat hier eigenlijk hetzelfde gebeurt waarvoor ik vrees bij de rookwaren, namelijk dat louter de prijs wordt verhoogd zonder dat er wordt nagedacht over maatregelen zoals u die daarnet hebt genoemd. Ik wil het niet per se over een plan hebben, ik meen dat ik even pragmatisch ben ingesteld als u. Als er goede maatregelen worden genomen zouden wij daar bijzonder blij mee zijn. Dus, wij moeten vaststellen dat het alweer gaat om een taxshift zonder die belendende maatregelen.

Een corrigerende taks op suikerhoudende dranken heeft slechts zin wanneer deze kadert in een compleet beleid rond ziektepreventie en gezondheidspromotie. Alle voedingsdeskundigen zijn het daar formeel over eens. Wij moeten opnieuw vaststellen dat dit hier absoluut niet het geval is. Ik geef even een voorbeeld uit Denemarken waarbij een soortgelijke belasting, de vettaks, al na een jaar werd afgevoerd wegens volledig mislukt omdat de Denen de grens overstaken om hun lekkernijen aldaar tegen een zachtere prijs in te slaan. Iedereen in Denemarken was het achteraf eens over de echte oorzaak van dit fiasco, met name dat er nooit een draagvlak was gecreëerd bij de consumenten en de voedingsindustrie — want ook dat lijkt mij enorm belangrijk — voor die plots ingevoerde vettaks.

Ik heb dan ook enkele vragen.

Op welke manier zal deze gezondheidstaks worden ingevoerd? In welke timing voorziet u? Op welke manier gaat u een en ander in een bredere beleidsvisie gieten? Welke samenwerking met de Gewesten gaat u aan om preventiecampagnes te lanceren? Is er al samenwerking? Zo ja, waaruit bestaat deze? Wordt ook de voedingsindustrie betrokken bij uw plannen? Zo ja, op welke manier?

10.02 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, ma question ressemble évidemment à celle de ma collègue Mme Jiroflée. Je synthétiserai donc fortement le propos que je vous avais adressé par écrit.

Il est fait mention, dans le projet de *tax shift* présenté le 24 juillet par le gouvernement, de l'instauration d'une taxe dite "santé" appliquée aux boissons contenant du sucre. Les objectifs sont bien connus.

Madame la ministre, pouvez-vous nous donner plus de détails concernant cette taxe, notamment en ce qui concerne son taux et ses modalités d'application? Quelles boissons contenant du sucre seront-elles impactées par cette taxe? Les boissons contenant des alternatives au sucre comme les édulcorants seront-elles également visées?

L'application de ce genre de taxe dans d'autres pays n'a pas toujours été couronnée de succès; on vient de le dire, je ne vais pas le rappeler. Ainsi, au Danemark, cette taxe qui avait été instaurée en 2011 a été abandonnée. Quel est votre point de vue à ce sujet?

Enfin, certains estiment qu'en parallèle, il faudrait prendre des mesures afin de baisser le prix des fruits et légumes pour les rendre plus accessibles et éviter que les consommateurs aient à sacrifier ces aliments bons pour la santé au profit de leur soda devenu plus onéreux. Qu'en pensez-vous? Des initiatives de ce type sont-elles envisagées?

10.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wat de gezondheidstaks betreft, zal ik niet in herhaling vallen. Wanneer wij zouden spreken over circa 5 cent meer per liter frisdrank, dan zal de taks niets bijdragen tot de ontmoediging van de consumptie, maar alleen dienen om de Staatskas te spijsen.

Kunt u ondertussen al zeggen hoeveel de taks precies zal bedragen? Er zijn studies, onder andere een Finse studie, die aantonen dat er echt mogelijkheden zijn om gezondere alternatieven goedkoper te maken. Zo krijgt men wel een draagvlak. Dat heeft veel met preventie te maken. Hebt u daarover al overleg gepleegd met uw collega's van de deelstaten? Denemarken wordt genoemd als geen goed voorbeeld, maar Finland is wel een goed voorbeeld. Misschien kunnen wij daarnaar kijken. Gezondheidseconomen zeggen dat de prijs met minstens 20 % moet verhogen om een gedragsverandering teweeg te brengen.

Ik kom nu tot mijn vraag over de kleurstoffen in snoep, koeken en frisdrank.

Er zou een link bestaan tussen hyperactiviteit bij kinderen en kleurstoffen, met name de befaamde Southampton Six. Albert Heijn besliste al om die kleurstoffen te weren uit de eigen merken. Met uw beoogde minimale prijsstijging op suikerhoudende frisdrank of de bovengenoemde gezondheidstaks werd er al een, heel klein, signaal gegeven aan de voedingsindustrie om in te grijpen op het vlak van suikers. Het lijkt mij evident om dat parallel te doen voor kleurstoffen. Hoe ver staat u met het aangekondigde suikeroverleg met de sector? Neemt u de kleurstoffen dan in één moeite mee?

10.04 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik stel heel kort mijn vragen. De andere vraagstellers hebben de problematiek immers al goed geschetst.

Ook wij steunen de maatregel die de regering heeft getroffen. Net zoals de vraagstellers er al op hebben gewezen, willen ook wij een en ander in een groter geheel plaatsen. Wij willen bovendien nagaan op welke manier de koppeling gebeurt in het kader van de gezondheidsdoelstellingen.

Er werd verwezen naar Denemarken en Finland. Telkens komen dezelfde argumenten terug, om het grote verschil aan te duiden. Er is het feit dat aan grensshopping wordt gedaan. Ik woon in een grensregio en ik herinner mij hoe jarenlang voor de aankoop van frisdranken en toen ook van water — er heerste immers een nultarief in Frankrijk — de grens werd overgestoken. Dat gebeurt tegenwoordig minder, maar grensshopping is echter een effect dat opnieuw zou kunnen opduiken. Er is ook het feit van substitutie, dat hier nog niet is aangehaald. Daarbij wordt van de duurdere merken opnieuw naar de goedkopere huismerken of de witte producten overgeschakeld, waardoor natuurlijk evenveel suiker wordt verbruikt, maar van een goedkoper merk.

Er zijn al wat effecten merkbaar en in dat verband wordt vaak verwezen naar Finland, maar het studiewerk is nog niet klaar en de resultaten ervan dus nog niet beschikbaar. Wij zullen dus nog even moeten afwachten. Finland kadert de suikerproblematiek echter in een breder verhaal.

Mevrouw de minister, ik heb de verklaring van de heer Vandeurzen gelezen, waarin hij zich graag bereid toont om samen met u te werken aan een geïntegreerd beleid in het kader van voeding en beweging. Mijn vraag is dan ook hoe de maatregelen die u deze week wellicht zult treffen, ook zullen passen in een groter geheel in het kader van gezondheidsdoelstellingen? Hebt u daarover overlegd met de regio's?

10.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben blij dat er niet alleen werd verwezen naar de slechte voorbeelden van, onder andere, Denemarken, maar ook naar succesvolle voorbeelden als Finland. Zelfs in ons buurland Frankrijk werd dergelijke suikertaks met heel veel succes ingevoerd. Dat toont aan dat die landen begrijpen dat suikers de grote boosdoeners zijn in de epidemie van suikerziekte en zwaarlijvigheid. Wij zijn tevreden dat ook onze regering dat inziet en daarop wil inzetten.

Mijn vragen liggen in het verlengde van die van voorgaande sprekers.

Er is sprake van een opbrengst van 250 miljoen per jaar. Hoeveel daarvan zal terugvloeien naar uw kabinet om flankerende maatregelen te treffen? Welke maatregelen beoogt u om het flankerende beleid te voeren?

Hoe verloopt de samenwerking met de minister van Financiën inzake het uitwerken van deze taks? Welke gesprekken hebben daarover al plaatsgevonden?

Hebt u laten berekenen hoeveel de consumptie zou dalen?

Welke taks zal concreet per fles of blikje worden geheven?

10.06 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, u zult het niet geloven, maar ook over dit punt zal de Ministerraad vrijdag een beslissing nemen.

Zoals gezegd zien wij de suikertaks in een breder kader. Ik heb in mijn antwoorden op andere vragen al gezegd dat wij momenteel binnen de FOD Volksgezondheid werken aan een aanpassing van de voedingsmiddelen op de Belgische markt door het verbeteren van de voedingswaarden ervan. Het gaat dan zowel over de toegevoegde suikers, vetten en zout, als over de porties die aan de consument worden geleverd. De kwalitatieve samenstelling van de producten moet worden verbeterd door een betere kwaliteit van de aanwezige koolhydraten en vetten en een toename van het gehalte aan vezels en micronutriënten.

De werkgroep energiereductie van de FOD Volksgezondheid, waarin vertegenwoordigers zetelen van de voedingsindustrie en haar deelsectoren, de grootdistributie, de horeca, de consumenten en wetenschappelijke deskundigen, is hierover in overleg. Dat overleg vraagt natuurlijk tijd, maar de bedoeling is zeker te komen tot een formeel engagement vanwege de betrokken marktdeelnemers.

Het dossier is ook al ter sprake gekomen tijdens Europese vergaderingen. Ook Nederland is hiermee bezig. In Nederland is er een probleem met eten dat, zoals dat heet, uit de muur wordt gehaald, zoals kroketten en frikadellen. Zij willen daar een thema van maken tijdens het volgende Nederlandse voorzitterschap van de Europese Unie en voeren daarvoor al druk bilaterale gesprekken met de andere landen. Dat is een goede zaak, want er is een Europese markt. In de winkelrekken liggen de producten van verschillende landen naast elkaar. Wat het aanbod betreft, kunnen wij niet veel doen. Wij kunnen het aanbod van minder gezonde producten niet verbieden in onze magazijnen.

Over een verhoging van de btw of accijnzen op frisdranken vindt overleg plaats. Er liggen concrete pistes voor, waarover wij overleggen met het kabinet van Financiën. De bedoeling is om daarin vrijdag te landen, wat alle partijen in de regering acceptabel vinden. Vooral moeten wij erover waken dat het beleid past in een algemene bevordering van de gezondheid.

Mevrouw Dedry, over de kleurstoffen kan ik het volgende nog zeggen. Voor verschillende kleurstoffen zijn al strengere gebruiksvoorwaarden van kracht sedert 1 juni 2013. Die voorwaarden liggen ook in de lijn van recente herbeoordelingen door de Europese autoriteit voor voedselveiligheid, de EFSA. Die kleurstoffen zijn veilig voor de consument bevonden. De verplichte waarschuwing op het etiket dient om de consument in te lichten, zodat de consument kan kiezen om ze al dan niet tot zich te nemen.

Mevrouw Jiroflée, op uw steeds weerkerende vraag over preventiecampagnes moet ik antwoorden dat ik daarvoor niet bevoegd ben. Het gaat er niet om dat ik geen preventiecampagnes zou willen voeren, ik mag dat niet.

Uw vraag welk percentage van de opbrengst van een gezondheidstaks terugvloeit naar mijn departement, neem ik mee naar de onderhandelingstafel. Ik zal alvast vermelden dat u het een goede zaak vindt om flankerende maatregelen te nemen. In ieder geval zal er een vervolg op komen. Wij zullen niet alleen gesprekken voeren met de Vlaamse ministers Vandeuren en Crevits. Mevrouw Crevits is daarbij betrokken vanwege haar bevoegdheid over de scholen. Wij zullen trachten om er een algemeen en mooier plan van te maken, ook in overleg met de andere collega's uit de deelstaten. Eerst moeten wij echter vooruitgang boeken met de gesprekken binnen de FOD Volksgezondheid in de werkgroep Energiereductie.

Daaraan wil ik nog toevoegen dat men daarmee in het buitenland ook constant bezig is. In Finland doen er zich daaromtrent bijvoorbeeld ook nog veel problemen voor. Een gezondheidstaks is daar ook nooit eerder ingevoerd. Finland heeft namelijk ook een gemengde bevolking waarvan een deel dan ook nog eens het Russisch dieet volgt.

Finland heeft een heel lange grens met Rusland. Ook in Denemarken, waar men toch veel fietst en veel beweegt, ziet men dat het voedsel er niet altijd toe bijdraagt dat de cholesterol daalt enzovoort. In West-Europa zijn wij allemaal in hetzelfde bedje ziek. Wij moeten dus maatregelen nemen die Europees meer uniform zijn. Dat weerhoudt er ons intussen niet van te doen wat wij kunnen doen.

10.07 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, het zal u misschien verbazen maar ik geloof u wel wanneer u zegt dat er vrijdag een aantal maatregelen op de regeringstafel zal liggen. Alleen, dit is te laat. Dit bewijst alleen dat het voor de vakantie enkel ging over taksen heffen, en helemaal niet over gezondheid, zoniet was er ook gepraat over de optie om gezonde voedingswaren goedkoper te maken. Ook dat had perfect kunnen passen in zo'n pakket maatregelen.

Als u alsnog slaagt in uw opzet om een samenhangend geheel van maatregelen te nemen, zult u mijn volledige steun krijgen, maar vooralsnog zie ik dat niet gebeuren. Ik kijk dus uit naar wat er vrijdag uit de bus zal komen.

Wat de preventie betreft, weet ik heel goed, mevrouw de minister, dat u niet bevoegd bent, maar geef toe, als u op federaal niveau dit soort maatregelen neemt, namelijk taksen heffen op ongezonde voeding, bent u ook de aangewezen persoon om een coördinatie met de Gewesten te proberen opzetten om samen te werken aan preventie inzake ongezonde voeding. Ik meen dat dit hoort bij de taak die u als federaal minister van Volksgezondheid hebt.

Wij kijken allemaal uit naar vrijdag.

10.08 Minister Maggie De Block: Dat het goedkoper maken van andere voeding niet op de tafel ligt, weet u ook wel.

10.09 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Cela dit, dans votre réponse pour le moins bien sympathique, vous avez parlé de groupe de travail avec différentes composantes, de concertation. Vous avez même déclaré qu'il n'y aurait pas de modification de la TVA. Mais vous n'avez donné aucune information quant aux taux qui seront réellement mis en application, les modalités qui seront précisées, les produits qui seront concernés. Bref, nous restons un peu sur notre faim. Nous espérons donc qu'après vendredi, nous obtiendrons des réponses plus pertinentes.

10.10 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, comme je vous l'ai dit, les négociations sont encore en cours. Je ne suis donc pas en mesure de vous faire part, aujourd'hui, des modalités d'application.

10.11 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb twee korte bedenkingen.

U verwijst regelmatig naar Europa. Er wordt inderdaad heel veel beslist in Europa en wij zijn daarvan afhankelijk. In Europa gaat het echter ook heel traag. Het is heel complex en er wordt veel gelobbyd. Ik vind dat een minister van Volksgezondheid in België een voortrekkersrol kan spelen. Ik roep u op om die rol op u te nemen. Dan volgt Europa misschien ook.

U hebt het vaak over het vrijwillig draagvlak en over overleg met de voedingsindustrie en met iedereen. Misschien moeten we de moed hebben om tot een verplichte etikettering te komen en niet alles aan de voedingsindustrie over te laten. We zien immers in andere dossiers waartoe dit kan leiden wanneer de sector zichzelf moet reguleren.

10.12 Minister Maggie De Block: Etikettering is ook Europees geregeld.

10.13 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

U hoort dat de verwachtingen voor vrijdag heel hooggespannen zijn. Ik denk dat de juiste componenten erin zitten. We moeten eerst een beslissing hebben en daarna moeten we verder overleggen.

Ik denk dat vrijdag voor u het moment is om die maatregelen te koppelen aan een groter geheel in het kader van onze gezondheidsdoelstellingen en van een breder gezondheidsplan. Ik begrijp heel goed dat veel bevoegdheden en dus ook de maatregelen, zeker op het vlak van preventiecampagnes, tot de bevoegdheid van de regio's behoren.

Een aspect dat we hier vandaag nog niet hebben aangehaald, is het feit dat het verhogen van taksen op

voeding vaak zwakkere doelgroepen treft. Verschillende studies tonen dat aan. Een van de belangrijke punten in het Federaal Armoedepan was om daaraan iets te doen.

Er moet een breed draagvlak worden gecreëerd en ik hoop dat u vrijdag daarin slaagt.

10.14 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik vind het kras dat verschillende collega's van partijen die jarenlang deel hebben uitgemaakt van regeringen nu commentaar leveren en zeggen dat het allemaal heel traag gaat, terwijl de minister en deze regering na een jaar dergelijke maatregelen wel durven te nemen.

Mevrouw de minister, ik wens u vrijdag alle succes om zoveel mogelijk binnen te halen.

10.15 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik wil hierop kort reageren. Ik hoor het liedje van "wij maakten geen deel uit van de meerderheid" al een jaar lang.

Hier worden taksen geheven zonder dat er ook maar een maatregel op papier staat. We moeten nu tot vrijdag wachten om daaraan een maatregel te koppelen. Is dat een visie ontwikkelen?

10.16 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik denk dat het onmogelijk is nu al te bepalen welke flankerende maatregelen er precies zullen worden genomen terwijl de bedragen nog niet bekend zijn. Ik denk dat het belangrijk is eerst te bepalen welke middelen er vrijkomen om dan flankerende maatregelen te treffen.

10.17 Karin Jiroflée (sp.a): Ik denk dat het belangrijk is om eerst een visie uit te tekenen voor men over maatregelen gaat praten.

10.18 Yoleen Van Camp (N-VA): (...)

La **présidente**: Je vais vous interrompre toutes les deux. Vos appréciations de la situation divergent. Le principe des questions est tel qu'elles ne sont pas suivies d'un échange.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsdoelstellingen" (nr. 6057)

11 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les objectifs en matière de santé" (n° 6057)

11.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, in uw beleidsnota vorig jaar hebt u een heel interessante paragraaf geformuleerd over uw plan om met gezondheidsdoelstellingen te werken. Ik heb dat geciteerd in mijn vraag, maar zal dit onder tijdsdruk niet aflezen. Tenzij ik ze gemist heb, heb ik in de praktijk niet de indruk dat er al veel concrete gezondheidsdoelstellingen zijn. Gezonde voeding zou een gezondheidsdoelstelling kunnen zijn of zou dat na vrijdag kunnen worden.

Kunt u mij zeggen wanneer u concrete gezondheidsdoelstellingen met concrete termijnen zult formuleren, bijvoorbeeld inzake gezonde voeding?

Zorgt u er ook voor dat ze zullen overeenkomen met de in de maak zijnde gezondheidsdoelstellingen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel? Ook de gezondheidstaks kan daar zeker deel van uitmaken.

Hebt u ook doelstellingen voor mijn dada, de milieugerelateerde gezondheidsrisico's, zoals u vorig jaar beloofd hebt in antwoord op een parlementaire vraag van mij?

11.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, belofte maakt schuld! Binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid bestaat een interkabinettenwerkgroep Health System-Gezondheidsdoelstellingen, die een aanpak zal uitwerken om de gezondheidsdoelstellingen mee te formuleren.

Een van de kerntaken zal het bepalen van de gezondheidsdoelstellingen zijn waarrond men wil werken

gedurende deze legislatuur. Afspraken dienen te worden gemaakt over de prioritaire doelstellingen, die verschillende overheden in de loop van deze legislatuur willen realiseren, alsook over het proces met betrekking tot het bepalen van nationale gezondheidsdoelstellingen, dat zal worden gevolgd.

Op basis van een grondige analyse van de resultaten van de opeenvolgende gezondheidsenquêtes die we hebben uit 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013, de rapporten met betrekking tot de performantie van het Belgische gezondheidssysteem en, eventueel, bijkomende internationale vergelijkingen dient een consensus te worden bereikt met betrekking tot de selectie van de gezondheidsobjectieven waarrond men prioritair wil werken in deze legislatuur. Daarbij zal men rekening houden met ieders bevoegdheden, bestaande nationale of internationale plannen en/of strategieën.

Dat zal in overleg gebeuren met de reeds bestaande interadministratieve werkgroep Performantie van het Belgisch gezondheidssysteem.

Er is een aanzet gegeven, maar alles verloopt via de werkgroepen van de interministeriële conferentie. Ik heb echter nog geen resultaten gezien van die vele werkgroepen.

11.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik hoop dat het snel kan gaan.

Misschien kunt u een mooie aanzet geven wanneer u na vrijdag een eerste, heel concrete gezondheidsdoelstelling over voeding en alles wat daarmee te maken heeft, die tegen en bepaalde termijn moet worden behaald, formuleert.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Nous sommes sans nouvelles de Mme Somers. Si elle n'arrive pas avant la fin de la réunion, sa question n° 6058 deviendra sans objet. La question n° 6066 de M. Vercamer est transformée en question écrite. Il en va de même pour la question n° 6073 de Mme Cassart-Mailleux. Et M. Clarinval demande le report de sa question n° 6078.

12 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des cas d'apnées du sommeil" (n° 6086)

12 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toename van het aantal gevallen van slaapapneu" (nr. 6086)

12.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le nombre de Belges concernés par les apnées du sommeil ne cesse de croître. Ainsi, selon les chiffres de l'INAMI, on a pu observer une augmentation de 262 % des cas entre 2008 et 2014, représentant un budget de plus de 61 millions d'euros pour la sécurité sociale. L'augmentation de ces diagnostics engendre une demande croissante des appareils à ventilation (CPAP). Pour cette raison, l'INAMI avait déjà préconisé, l'année dernière, pour des raisons budgétaires, de réduire drastiquement le nombre de traitements de l'apnée du sommeil par CPAP et avait ainsi décidé de modifier le remboursement de ce traitement.

Ces dernières années, le forfait journalier a été diminué à plusieurs reprises. Il s'élève actuellement à 1,97 euro par jour et par patient et il semblerait que, si le nombre de patients augmente encore, l'INAMI pourrait à nouveau baisser le forfait journalier.

Madame la ministre, quel est votre point de vue concernant cette situation? Estimez-vous nécessaire de diminuer à nouveau le montant du forfait journalier? Il est évidemment nécessaire de rencontrer, sans doute différemment, les besoins de ces nombreux patients. Des mesures alternatives sont-elles envisagées dans ce sens?

12.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, je peux vous confirmer que le nombre de patients souffrant d'apnée du sommeil traités au moyen d'un appareil CPAP augmente fortement chaque année. Les dépenses comptabilisées de l'assurance maladie permettent de déduire qu'en 2008, sur une base actuelle, une moyenne de 25 000 patients étaient traités au moyen d'un appareil CPAP. En 2014, le nombre moyen de patients traités sur base annuelle était déjà passé à 67 000. Cette hausse du nombre de patients traités a cependant entraîné une baisse progressive du prix de l'appareil CPAP au cours des années. Ainsi, ces dix à

quinze années écoulées, l'intervention de l'assurance dans le traitement CPAP a également pu être réduite à plusieurs reprises.

La dernière diminution de prix a été enregistrée le 1^{er} septembre 2014. À cette époque, il a également été inscrit dans la réglementation que le nombre de patients dans tout le pays, ne peut augmenter annuellement que de 15 %. Ce principe a été inscrit dans la réglementation pour éviter que des réductions de prix entraînent des hausses de consommation.

Ces 15 % par an correspondent environ à la hausse du nombre de patients CPAP qui a été constatée durant les années précédentes. Nous ne pouvons donc affirmer que le nombre de traitements remboursé a été réduit.

Si le nombre de patients traités par CPAP dans une année déterminée devait augmenter de plus de 15 %, la réglementation prévoit une baisse compensatoire du prix actuel à 1,97 euro par patient et par jour.

En 2014, la hausse du nombre de patients est restée limitée à un peu moins de 15 %. Par conséquent, jusqu'à présent, aucune nouvelle diminution de prix n'a été appliquée.

Lorsque, en 2014, le prix actuel de 1,97 euro a été fixé et que la hausse annuelle du nombre de patients a été limitée à 15 %, il était clair que la réglementation en vigueur relative à la CPAP devait être évaluée dans son ensemble. Il s'agit d'une des missions du Collège des médecins directeurs qui a été instauré auprès de l'INAMI. Le Collège se concerte à ce sujet avec les diverses parties intéressées: les médecins qui posent le diagnostic et prescrivent un traitement déterminé, les firmes intéressées et les organisations d'hôpitaux. Sont notamment examinés:

- si la façon dont le diagnostic est posé avec traitement CPAP éventuellement prescrit est bien la meilleure solution, y compris en matière de rapport coût-efficacité;
- si le choix d'un traitement par CPAP ou d'autres traitements de l'apnée du sommeil se déroule actuellement de manière optimale;
- quelles sont les exigences concernant la compliance thérapeutique qui peuvent être posées au patient et comment suivre au mieux cette compliance thérapeutique;
- enfin, – et ce n'est pas l'élément le moins important –, ledit Collège examine si le prix actuel par jour pour un traitement CPAP est réaliste, compte tenu du coût réel qu'il représente pour les hôpitaux et firmes concernées. À cet égard, il ne faut pas seulement tenir compte du prix du matériel, mais aussi du temps de travail requis pour apprendre au patient à utiliser son appareil correctement et le motiver à le faire, sans oublier le temps consacré à l'entretien et au suivi de la compliance thérapeutique.

Nous examinons également les raisons qui ont conduit à une augmentation des facteurs de risques au fil des années.

Les facteurs de risques de l'apnée sont divers. Les plus importants sont l'obésité et le tabagisme. On pourrait également commencer à travailler sur ce facteur et traiter ces patients au moyen d'autres mesures plutôt que par CPAP.

12.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie chaleureusement pour votre réponse de qualité, précise et structurée.

Vous apportez les éléments de réponse sollicités et voulus. Vous comprenez bien les risques et je partage votre point de vue. J'attire simplement votre attention sur le fait que ces apnées du sommeil peuvent avoir des conséquences qui se traduisent par des insécurités diverses, que ce soit au volant, à l'utilisation de machines, au travail, etc. Il faut que ces personnes puissent continuer à recevoir les soins requis. Le prix en est évidemment une composante importante. Vous l'avez très bien noté dans votre réponse, puisque le Collège des médecins analyse la matière et surtout les raisons de cette augmentation.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

13 Vraag van de heer Veli Yüksel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sensibiliseringscampagne met betrekking tot bedorven voedsel" (nr. 6121)

13 Question de M. Veli Yüksel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la campagne de sensibilisation sur la nourriture avariée" (n° 6121)

13.01 Veli Yüksel (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in september lanceerde het Nederlandse Voedingscentrum een campagne rond zogenaamde verborgen ziekmakers in de keuken.

De campagne kwam er na een studie van het Voedingscentrum, naar de gewoonten van de Nederlanders in de keuken. Hieruit bleek dat heel wat burgers een verkeerd beeld hebben van hoe zij met voedingswaren moeten omgaan teneinde bedorven en schadelijk voedsel te vermijden. Zo meende de helft van de Nederlanders te kunnen ruiken of zien wanneer voedsel niet meer eetbaar is. Dat klopt natuurlijk niet. In de praktijk is het niet altijd zo dat als men niets ruikt of als voedsel vers ruikt het daarom ook vers en eetbaar is. De campagne probeert vaak voorkomende fouten in de keuken, de koelkast en de winkel te ontleden.

Ik heb hieromtrent enkele vragen.

Werd er in ons land een soortgelijke studie uitgevoerd? Zo ja, wat waren de resultaten? Zo nee, bent u dan van plan om een dergelijke studie naar de gewoonten van de Belgen te laten uitvoeren?

Overweegt u om in overleg met uw collega's bij de Gemeenschappen, over deze materie acties of campagnes te voeren in ons land?

13.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Yüksel, zoals u wellicht weet hield het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid in 2014 een groots opgezette voedselconsumptiepeiling. De resultaten ervan zullen dit najaar bekend worden. Bij deze voedselconsumptiepeiling hoort ook een enquête waarin verschillende vragen werden gesteld over het omgaan met en interpreteren van de houdbaarheidsdata, de hygiëne in keuken, de gewoonte om de handen te wassen, het tegengaan van kruisbesmettingen en het bewaren van voeding op zich.

Inzake het sensibiliseren bestaan er ook verschillende initiatieven. Zowel de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu als het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen, dat valt onder de bevoegdheid van mijn collega van Landbouw, hebben "Vijf sleutels tot veilig voedsel" van de WHO uitgebracht. Deze aanbevelingen zijn in grote lijnen dezelfde als die van de Nederlandse campagne waarnaar u verwijst. Ik meen dat zij zich ook op die WHO-richtlijnen gebaseerd hebben.

Voorzitter: Nathalie Muylle.

Présidente: Nathalie Muylle.

Voorts vindt de consument op de website van de FOD Veiligheid van de Voedselketen een top tien van de meest gemaakte fouten die de oorzaak zijn van een voedselinfectie en -vergiftiging.

De communicatie van mijn diensten over de resultaten van onderzoeksprojecten, bijvoorbeeld over het effect van het bakken van vlees en de aanwezigheid van ziekmakende bacteriën wordt doorgaans in de media goed opgepikt. Er is ook nog een communicatie geweest over het controleren van de frituurolie voor huishoudelijk gebruik. In de frietkramen gebeurt die controle immers sowieso.

Dat werk is inderdaad nooit af en er moet nog worden gesensibiliseerd, ook door de deelstaten, bijvoorbeeld op het niveau van het onderwijs. Er kan de kinderen worden aangeleerd dat voedsel kan bederven en dat in een koelkast niet alles eindeloos kan worden bewaard. Ik denk dat vooral studentenkoelkasten enig nader onderzoek noodzakelijk maken. Uit mijn studententijd weet ik immers dat sommige potjes bijna vanzelf in beweging kwamen in de koelkast en dat was dan meestal het moment om die zaken weg te gooien.

13.03 Veli Yüksel (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord en kijk uit naar de resultaten van de peiling, die in het najaar worden verwacht.

Ik heb even een en ander opgezocht. Vaak wordt over cijfers inzake voedselvergiftiging gesproken. Ik heb vastgesteld dat in ons land momenteel geen cijfers beschikbaar zijn van overlijdens of andere incidenten ingevolge voedselvergiftiging. Dat moet beter en meer in kaart worden gebracht.

Wij moeten inderdaad ook inzetten op het sensibiliseren, vooral van de jeugd, om dergelijke zaken te vermijden. Ik zal het dossier uiteraard nader opvolgen.

Voorzitter: Muriel Gerkens.
Présidente: Muriel Gerkens.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

14 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Middenstand, Zelfstandigen, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie over "het gebruik van antibiotica in de veeteelt" (nr. 6127)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van antibiotica in de veeteelt" (nr. 6133)
- mevrouw Rita Gantois aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het antibioticagebruik bij varkens" (nr. 6505)

14 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée au ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation d'antibiotiques dans les élevages" (n° 6127)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation d'antibiotiques dans les élevages" (n° 6133)
- Mme Rita Gantois à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation d'antibiotiques dans les élevages porcins" (n° 6505)

14.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, ik had twee vragen van dezelfde aard gesteld, zowel aan u als aan minister Borsus, omdat ik in juni, toen ik het voor het eerst de problematiek heb aangekaart, het gevoel had dat er werd gepingpongd. Ik ben er echter van overtuigd dat u mij nu volledig op de hoogte zult brengen.

Op 8 juli heb ik samen met een aantal collega's, bij minister Borsus het verhoogde gebruik van antibiotica in de veeteelt aan de kaak gesteld. U weet dat AMCRA, het kenniscentrum voor het antibioticagebruik in de veeteelt, als doel heeft het gebruik van antibiotica in de veeteelt tegen 2020 met de helft terug te schroeven. Uw collega zei toen onder meer dat hij de doelstellingen van AMCRA belangrijk vindt en dat hij, samen met u en uw collega van Economie, zou bestuderen of de mogelijkheid bestaat een totaalverbod op prijsreducties voor kritieke antibiotica in te stellen, al dan niet tijdelijk.

Nu heeft het farmabedrijf Bayer, nadat het in juli een soortgelijke actie had stopgezet, opnieuw een campagne gelanceerd met kortingen voor kritieke antibioticaproducten voor de veeteelt. AMCRA vindt dat intriest en vindt dat het hoog tijd wordt dat er komaf mee gemaakt wordt.

Ik heb de volgende vragen daarover.

Heeft minister Borsus u reeds gecontacteerd om een en ander te bespreken? Heeft er een overleg plaatsgevonden? Zo ja, wat zijn de resultaten ervan? Komt er inderdaad een verbod? Hebt u zelf al maatregelen genomen voor de volksgezondheid inzake het gebruik van antibiotica in de veeteelt? Zo ja, waaruit bestaan die maatregelen? Zo neen, bent u nog van plan maatregelen te nemen?

In mijn vraag voor minister Borsus heb ik er nog de vraag aan toegevoegd of er duidelijke regels zullen komen, die helpen om de doelstellingen van AMCRA te halen.

14.02 **Rita Gantois** (N-VA): Mevrouw de minister, in krantenkoppen van enkele weken geleden werd melding gemaakt van een overmatig gebruik van antibiotica bij varkens, naar aanleiding van een doctoraatsthesis uit 2010 over het inzetten van antibiotica in de varkenshouderij. Preventieve groepsbehandelingen maakten, volgens het onderzoek, toen deel uit van de normale bedrijfsvoering.

Vijf jaar geleden waren er nog geen richtlijnen voor voorzichtig antibioticagebruik, omdat AMCRA, het kenniscentrum voor antibioticagebruik en -resistentie bij dieren in België, nog niet bestond. Intussen blijkt dat deze vaststelling niet meer strookt met de realiteit. Het veterinaire gebruik van antibiotica in ons land is de voorbije jaren met meer dan 12 % gedaald. Een positieve evolutie, voor verbetering vatbaar uiteraard, maar dit is nog niet voldoende.

De doelstelling van AMCRA is om het gebruik van antibiotica in de dierengeneeskunde tegen 2020 te

halveren. Sensibiliseringscampagnes hebben hun effect niet gemist. Landbouwers worden zich ook meer en meer bewust van het gevaar van antibioticaresistentie. Ze zijn overtuigd dat er dringend iets moet worden ondernomen.

Volgens het Belgisch toezicht op de consumptie van antibiotica in de diergeneeskunde die de antibioticaconsumptie bij dieren verzamelt en analyseert, kan er een duidelijke daling worden vastgesteld van 6,9 % in 2012 en 6,3 % in 2013. In 2014 was er een lichte stijging van 1,1 %.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten werkt momenteel aan een nationale database, een webapplicatie en bijbehorende wetgeving waarmee dierenartsen het antibioticaverbruik per bedrijf en per diersoort kunnen registreren om op die manier grootgebruikers te identificeren.

In de varkenshouderij is reeds twee jaar zulk een systeem actief waarbij het gebruik van antibiotica in de deelnemende bedrijven wordt vergeleken en geregistreerd. De landbouworganisaties zijn vragende partij voor een spoedige lancering van een nationaal gegevensverzamelingsysteem door het FAGG om verder werk te kunnen maken van een beredeneerd antibioticagebruik.

Mevrouw de minister, hoever staat het FAGG met de oprichting van een nationaal gegevensverzamelingsysteem voor antibioticagebruik? Is de beoogde timing om het systeem begin 2016 in werking te laten treden volgens u haalbaar? Waarom wel of niet?

14.03 Minister **Maggie De Block**: Ik ondersteun volledig het one health principe. Dat wil zeggen, ik heb dat ook gezegd bij de lancering van de antibiotica-ontradingscampagne vorig jaar, dat wij het gebruik van antibiotica, antimicrobiële middelen bij dieren en mensen, niet los van elkaar zien.

Het terugdringen van het gebruik van antimicrobiële middelen bij voedselproducerende dieren is een belangrijke doelstelling, zeker waar het gaat om antibiotica die ook in de humane geneesmiddelen belangrijk zijn, de zogenaamde kritische antibiotica.

Antibioticagebruik in de veeteelt is een problematiek die ook mijn collega de minister van Landbouw aanbelangt. Samen ondersteunen wij het sensibiliserend werk van AMCRA bij onder andere dierenartsen en veehouders, waarnaar u verwijst. De diensten volgen de doelstellingen die AMCRA zich heeft gesteld, namelijk tegen 2020 een halvering van het antibioticagebruik en 75 % minder gebruik van kritisch belangrijke antibiotica, van dichtbij op. Daarvoor wordt jaarlijks het BelVetSAC-rapport gefinancierd, dat verkoops cijfers van antibiotica voor diergeneeskundig gebruik in kaart brengt.

Het is inderdaad correct dat de sector de voorbije jaren het totale antibioticagebruik in de veeteelt heeft kunnen doen dalen met ongeveer 12 % ten opzichte van 2011. Echter, ik stel samen met u vast dat deze daling zich in 2014 niet heeft doorgezet en dat er voor sommige van de kritisch belangrijke middelen zelfs een flinke stijging is.

Naast autocontrole zijn dus bijkomende maatregelen nodig om deze curve opnieuw voort te laten dalen. Een prioritair instrument hierbij is inderdaad een gecentraliseerde databank op nationaal niveau, om op individuele basis per veebedrijf en diercategorie en anderzijds ook per dierenarts het afleveren, toedienen of voorschrijven van antibiotica in kaart te brengen. Het FAGG werkt in samenwerking met het FAVV aan de datacollectie, het Sanitel-Med-systeem. Dat zal begin 2016 operationeel zijn. Het is duidelijk dat gegevens per bedrijf en per dierenarts een veel gericht opvolging en eventueel bijsturing mogelijk maken.

De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu werkt samen met het FAGG en het FAVV en de beleidscellen van de minister van Landbouw en mezelf aan de herziening van het koninklijk besluit van 23 mei 2000 houdende bijzondere bepalingen inzake het verwerven, het in depot houden, het voorschrijven, het verschaffen en het toedienen van geneesmiddelen bestemd voor dieren door de dierenarts en inzake het bezit en toedienen van geneesmiddelen bestemd voor dieren door de verantwoordelijken voor de dieren, om ook daar een elektronische registratie wettelijk te verankeren.

Voorts moet de taks voor registratiehouders bij de verkoop van veterinaire antibiotica, die van toepassing is vanaf 1 juli 2014, de kostprijs van deze middelen ten opzichte van vaccinaties en bioveiligheidsmaatregelen verhogen. De opbrengst ervan wordt geïnvesteerd in projecten die de doelstellingen van ons antibioticabeleid delen, zoals de ontwikkeling van de Sanitel-Med-databank, de werking van AMCRA of de

publicatie van de BelVetSAC-rapporten.

Ik heb, tenslotte, gereageerd op de problematiek van de koopjes voor kritische antibiotica, waarop Bayer verklaarde het niet te doen. Dat probleem moet inderdaad Europees worden aangekaart. Ik stel vast dat Bayer het een paar maanden later toch weer doet. Zowel de minister van Landbouw als ikzelf volgen de voorbereiding van de EU-verordening inzake diergeneesmiddelen van nabij op. Zodra dit kader bekend is, kunnen wij evalueren of een bijkomend Belgisch initiatief bij de Europese Commissie en de andere lidstaten ook nog opportuun zal zijn.

14.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, minister Borsus had ons al verteld over de gedecentraliseerde databanken. Wij waren ook al op de hoogte van de herziening van het KB. U wacht nu tot de Europese verordening af is om een maatregel te nemen.

Ik krijg echter geen concreet antwoord op mijn vragen. Ik verwijt u dat absoluut niet, maar ik heb wel het gevoel dat minister Borsus in juli dingen heeft beloofd die ondertussen niet zijn gebeurd. Hij zou namelijk heel concreet onderzoeken of er op korte termijn regels konden komen om die doelstellingen te halen en of er mogelijkheden waren om een verbod in te stellen. Ik kan alleen maar vaststellen dat daar blijkbaar ondertussen door minister Borsus niet veel werk van is gemaakt. Wij zullen hem daarover dan ook opnieuw moeten ondervragen.

14.05 Rita Gantois (N-VA): Dank u wel, mevrouw de minister.

Ik noteer dat begin 2016 dit systeem van het FAGG in werking zal treden. Ik ben ervan overtuigd dat u van Landbouw alleen maar medewerking zult krijgen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

15 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onafhankelijke klinische studies en het toekomstpact" (nr. 6136)

15 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les études cliniques indépendantes et le pacte d'avenir" (n° 6136)

15.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, in juni heb ik u al een vraag gesteld over het rapport waarin het KCE aanbeveelt dat er geïnvesteerd moet worden in onafhankelijke klinische studies voor een meer efficiënte zorg. U hebt toen een heel uitvoerig antwoord gegeven over niet-geregistreerde geneesmiddelen voor ernstige of dodelijke aandoeningen, die versneld erkend zouden kunnen worden wanneer er geen therapeutisch alternatief voor bestaat.

In uw toekomstpact met de farma-industrie hebt u de nadruk gelegd op de snellere toegang tot innovatieve geneesmiddelen die nog niet geregistreerd zijn. Ik wil uw aandacht dan ook vestigen op de klinische studies die het KCE uitvoerde en niet door de farma-industrie maar wel een groot maatschappelijk belang hebben.

In het Verenigd Koninkrijk en in Nederland lopen zulke programma's al jaren met overheidsmiddelen, met uitstekende resultaten. Waarom kan dat bij ons niet of nog niet?

In de media hebt u beloofd de aanbevelingen van het KCE-rapport op te nemen in uw toekomstpact. Ik vind daar echter maar een paar kleine punten van terug. Het is mij echter niet duidelijk of het financieren door de overheid van klinische studies die geen commercieel belang hebben, in uw toekomstpact is opgenomen of niet.

15.02 Minister Maggie De Block: Dan hebt u het niet volledig gelezen.

15.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Het zou kunnen dat ik het gemist heb.

Ik kom tot mijn laatste vraag.

U zei dat de gegevens gepubliceerd zouden worden op het platform betransparent.be, maar ik heb online nog niets gezien. Mijn vraag dateert van 11 september. Misschien staan de gegevens ondertussen wel

online? Zullen die gegevens binnenkort ter beschikking zijn of zijn ze al ter beschikking en heb ik ze nog niet gezien?

15.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, het belang van publiek gefinancierde klinische studies werd onder andere in het recente KCE-rapport nr. 246 van juni 2015 erkend. Dergelijke studies worden momenteel in ons land inderdaad nog niet door de overheid gefinancierd. Het is de bedoeling eerst de voorwaarden voor kwaliteitsonderzoek te creëren, zodat we er zeker van kunnen zijn dat wij waardevolle resultaten en informatie kunnen verzamelen. Zodra de structuur en de procedures in plaats zullen zijn die de evaluatie en de selectie van de voorstellen en de validatie van de resultaten toelaten, kunnen ook zulke studies in ons land worden georganiseerd.

In 2016 zal een werkgroep onder het voorzitterschap van het KCE en in samenwerking met het RIZIV, het FAGG en de FOD Volksgezondheid de werkingsmethodes definiëren. De publicatie van de resultaten van klinische studies is vereist door de verordening 536/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 16 april 2014 betreffende de klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en tot intrekking van richtlijn 2001/20.

Een Europese databank met een EU-portaal zal worden opgericht om alle gegevens van studies te verzamelen en te centraliseren. Dat EU-portaal wordt verwacht in de loop van 2017. Zoals ook in het toekomstpact staat beschreven, zullen wij een en ander zo gebruiksvriendelijk mogelijk trachten te maken voor de Belgische gebruikers. Ook belangenconflicten zullen publiek worden gemaakt.

Ik nodig u uit om ook de andere bepalingen voor de *clinical trials*, die een belangrijk hoofdstuk vormen van het farmaceutisch pact, te bekijken.

Mevrouw de voorzitter, ik stel voor om daarop terug te komen bij de voorstelling van het pact.

15.05 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoorden.

Heb ik het goed begrepen dat het gaat over 2017?

15.06 Minister **Maggie De Block**: De Europese databank moet er inderdaad tegen die datum zijn.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

16 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dure kankermiddelen"** (nr. 6137)

16 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût élevé des traitements contre le cancer"** (n° 6137)

16.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, geregeld zijn er nieuwe geneesmiddelen klaar om bepaalde kankers te bestrijden. Die kankermiddelen zijn vaak gericht op één groep van patiënten en zijn om die reden soms ook erg duur. Die alsmaar meer gepersonaliseerde geneeskunde evolueert heel snel, terwijl het overheidsbudget voor de betalingen ervan krimpt. Dat werd ook nog eens bevestigd door een recente studie van Vlerick.

Mevrouw de minister, daarover heb ik de volgende vragen.

Ten eerste, hoe zult u die peperdure geneesmiddelen toegankelijk proberen te maken voor iedereen?

Ten tweede, zullen sommige terugbetalingen in de toekomst teruggeschroefd moeten worden ten voordele van nieuwe, gepersonaliseerde geneesmiddelen?

Ten derde, naast die dure kankermiddelen vinden er ook veelbelovende onderzoeken plaats naar goedkopere kankermiddelen en dat is heel belangrijk. Ik denk bijvoorbeeld aan het bewezen nut van aspirine tegen darmkanker, uiteraard in combinatie met andere medicatie. Zult u die goedkopere nieuwe geneesmiddelen eveneens steunen, ook al hebben ze geen commerciële waarde voor de farmaceutische industrie, maar wel wetenschappelijk bewezen maatschappelijke waarde voor de patiënten?

Tot slot, de onderzoekers van de Vlerickstudie pleiten voor meer samenwerking tussen de commissie voor de Tegemoetkoming voor Geneesmiddelen en de Technisch Geneeskundige Raad. Bent u het daarmee eens en zult u daaromtrent actie ondernemen?

16.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, ook hier heeft het interessante rapport van Vlerick Healthcare Management onze aandacht genoten. Ik wil dan ook verwijzen naar het toekomstpact gesloten met de farmaceutische industrie. Dit toekomstpact voorziet in een grotere toegankelijkheid van de patiënt tot levensnoodzakelijke geneesmiddelen.

De geneesmiddelen moeten zo doeltreffend mogelijk zijn en in België moeten we zo snel mogelijk toegang blijven hebben tot de meest innovatieve therapieën. Daarvoor moet er een innoverende farmaceutische industrie zijn die kan blijven investeren in onderzoek en ontwikkeling, in veiligheid en in *unmet medical need*, onbeantwoorde medische noden.

Aan de ontwikkeling van potentiële nichegeneesmiddelen en biomarkers hangt inderdaad een prijskaartje. Deze evoluties nopen ons ertoe na te denken over nieuwe financierings- en terugbetalingsvehikels. Om innovatieve en vaak levensreddende geneesmiddelen die hun doeltreffendheid hebben aangetoond tot bij de patiënten te krijgen zal ik dus ruimte vrijmaken in mijn budget. De solidariteit van ons systeem moet er voor elke patiënt kunnen zijn.

De technologische vooruitgang is zonder meer spectaculair. De recente doorbraken op het vlak van ATMP (*advanced-therapy medicinal products*) en celtherapie en het potentieel van de nano- en biotechnologie zetten de deur open voor diagnostische en therapeutische doeleinden die een paar jaar geleden nog ondenkbaar waren.

Er wordt veel gesproken over gepersonaliseerde geneeskunde die het draagvlak voor therapieën van heel zeldzame ziektes verhoogt. Dat is goed, want met de mogelijkheden van genotypering zeggen sommigen dat alle aandoeningen de facto heel zeldzaam zullen zijn omwille van het individualiseren van de behandelingen.

Daarnaast wordt ook onderzocht of de simultane terugbetaling van predictieve testen voorafgaand aan een medicamenteuze behandeling kan worden gerealiseerd.

Tevens onderzoeken we of het voorschrijven van bepaalde complexe en dure geneesmiddelen kan worden voorbehouden aan bepaalde expertisecentra voor diagnose en behandeling. Hierbij zal een kader worden uitgewerkt voor het definiëren en erkennen van deze expertisecentra, waar nodig in overleg met de Gemeenschappen. Dan denken we ook aan geneesmiddelen tegen dementie.

Verder onderzoek ik de mogelijkheid om goedkope of patentkankergeneesmiddelen vrij te stellen van de voorafgaande goedkeuring voor terugbetaling door het ziekenfonds. Er zal echter een oplossing worden gezocht voor de monitoring en opvolging van het gebruik van deze toch niet onschuldige geneesmiddelen, teneinde een medisch verantwoord en rationeel gebruik te blijven verzekeren.

Via het toekomstpact worden dus inderdaad middelen vrijgemaakt, zodat deze op verschillende andere niveaus kunnen worden toegepast. De concurrentie tussen verschillende bedrijven moet spelen, ten einde aanvaardbare financiële kosten voor de ziekteverzekering te bekomen. Ik stel vast dat bijvoorbeeld verschillende firma's binnen dezelfde geneesmiddelenklasse aan innovatieve research doen. Contractonderhandelingen in het kader van artikel 81 zijn een geëigend middel om de concurrentie tussen bedrijven te laten spelen. Meer nog, deze contractonderhandelingen moeten gebaseerd blijven, daar insister ik op, op de evidentie en de meerwaarde die elk geneesmiddel aanbiedt. Hierop kunnen we geen afwijking toestaan.

De beslissing omtrent de terugbetaling van een farmaceutische specialiteit en bijgevolg ook goedkopere kankergeneesmiddelen, is gebaseerd op het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, waarin experts van de verschillende universitaire instellingen, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties van artsen en apothekers zetelen, die als taak hebben de door de firma aangevraagde terugbetalingsdossiers grondig te onderzoeken. De CTG zal zich voor het bepalen van de vergoedingsmodaliteiten voor een farmaceutische specialiteit in de eerste plaats baseren op de officieel erkende indicaties, waar voor het geneesmiddel de doeltreffendheid en

de veiligheid uitgebreid werden bestudeerd.

Dat neemt niet weg dat ik met de Commissie bijzonder aandachtig ben en blijf voor onderzoek naar nieuwe therapieën, ook met oude moleculen, die een meerwaarde kunnen bieden aan patiënten, de ziekteverzekering en de Gemeenschappen. Het stimuleren van klinische onderzoeken blijft daarbij ook één van mijn prioriteiten.

16.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dank u voor dit uitgebreide antwoord. Dit wordt zeker vervolgd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de donatie van stamcellen" (nr. 6170)

- de heer **Dirk Van der Maelen** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "stamceltransplantatie" (nr. 6308)

17 Questions jointes de

- Mme **Valerie Van Peel** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de cellules souches" (n° 6170)

- M. **Dirk Van der Maelen** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la transplantation de cellules souches" (n° 6308)

17.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, iedereen kent de verhalen en de laatste campagne over mensen die voor hun genezing moeten rekenen op een geschikte stamceldonor. Het vinden van zo'n donor is niet gemakkelijk, zeker niet als men die niet kan vinden binnen de familie, want dan is de kans om een geschikte donor te vinden slechts 1 op 50 000.

In het verleden zijn er verschillende acties geweest en thans loopt de actie "Help Jelle", die u wellicht allemaal hebt gezien. Voor deze patiënten is die donor natuurlijk van levensbelang. De beste kans om een geschikte donor te vinden voor de patiënt is een uitgebreid stamcelregister. Het is met andere woorden van belang dat zoveel mogelijk mensen zich willen en kunnen laten registreren als potentiële donor. Bij veel van die spontane acties en campagnes blijkt nu echter dat het Rode Kruis eigenlijk wat in problemen komt als er een te grote toeloop is. Zij zijn, naast de bloedinzameling, nochtans ook verantwoordelijk voor de stamcelinzameling. De organisatie beschikt daarvoor blijkbaar niet over voldoende werkingsmiddelen. Dat is natuurlijk erg frustrerend voor de patiënt, de donor en elke betrokkene.

Mevrouw de minister, ik heb dan ook een aantal vragen voor u.

Vandaag is de maximumleeftijd om zich te laten registreren als donor blijkbaar vastgesteld op 40 jaar. Tot de leeftijd van 60 jaar mag men wel daadwerkelijk doneren. Kunt u mij uitleggen waarom precies deze leeftijdsgrenzen gekozen zijn? Zijn ze nog actueel of vindt u ze misschien voor herziening vatbaar?

Het Rode Kruis krijgt ook middelen van de overheid om te kunnen voorzien in de inzameling van onder meer stamcellen. Zijn die volgens u toereikend gezien de signalen die wij ontvangen? Wat acht u persoonlijk nog mogelijk om de registratiecapaciteit en bijgevolg het aantal geregistreerde donoren te verhogen?

Hoe verloopt de internationale samenwerking ter zake? Ziet u daar nog ruimte voor verbeteringen? Zo ja, welke?

Zoals ik al zei, blijkbaar worden mensen die acties starten om iemand te helpen, door het Rode Kruis soms aangemaand om deze acties te stoppen omdat zij de toevloed van registraties niet aankunnen. Vindt u deze acties zelf een goede zaak? Het is natuurlijk een campagne die op het publiek is gericht en op zich is de vraag of deze acties niet kunnen bijdragen tot een toename van het aantal donoren.

17.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Peel, de leeftijd om iemand als kandidaat-donor van bloedvormende stamcellen te registreren en de leeftijd om effectief te doneren, zijn bepaald door deskundigen ter zake in standaarden voor doneren en transplanteren, die regelmatig worden geüpdatet.

De leeftijd van 60 jaar om te doneren wordt internationaal toegepast en heeft te maken met de veiligheid van de donor. De leeftijd om iemand te registreren is 40 jaar en dus 20 jaar jonger, zodat de geregistreerde donoren gedurende een lange periode beschikbaar zijn voor eventuele donatie, wat nodig is, omdat de kans op effectieve donatie klein is en daardoor de typering duur is.

In ons land zijn nu ongeveer 73 000 kandidaat-donoren geregistreerd. Met dat aantal beschikt België over een heel hoog aantal kandidaten in vergelijking met andere landen van de Europese Unie.

Het kan wel nuttig zijn om door gerichte sensibiliserende acties kandidaat-donoren van bevolkingsgroepen, afkomstig van etnieën die minder in het register vertegenwoordigd zijn, te bereiken, om aldus de kansen voor patiënten van die bevolkingsgroepen te vergroten. De informatie waarover wij via het Rode Kruis beschikken, is juist. Bepaalde groepen in onze bevolking zijn inderdaad enorm vertegenwoordigd, terwijl andere etnische groepen dat minder zijn, waardoor daar een zeker tekort is.

Er zijn in het wereldwijde bestand van Bone Marrow Donors Worldwide ongeveer 26 miljoen kandidaat-donoren gekend. Op dat gebied bestaat een internationale solidariteit. Alle kandidaat-donoren, de Belgische donoren inbegrepen, zijn beschikbaar voor een donatie, indien ergens in de wereld een patiënt is geboren die met zijn of haar bloedvormende stamcellen kan worden geholpen. Alle transplantatiecentra in België die transplantaties met bloedvormende stamcellen afkomstig van onverwante donoren uitvoeren, hebben dan ook toegang tot dat bestand. Dat betekent dan ook dat, indien in dat wereldwijde bestand van meer dan 26 miljoen donoren geen geschikte donor wordt gevonden, de kans erg klein tot bijna onbestaande is dat dankzij een actie voor een bepaalde patiënt een geschikte donor zou worden gevonden.

Bovendien bestaat het risico dat de donoren die zich ingevolge een dergelijke actie aanmelden de indruk hebben dat zij zich beschikbaar stellen voor die ene patiënt. Men ziet dat zij dan eventueel later weigeren, wanneer zij voor een andere patiënt gecontacteerd worden. Het Rode Kruis moedigt die spontane acties dus niet aan. Het heeft daarover gecommuniceerd.

Initiatiefnemers en patiënten zouden in eerste instantie met de behandelende artsen contact moeten opnemen over de opportuniteit van transplantatie. Men moet in elk geval, zo de indicatie gesteld werd, in eerste instantie familiale potentiële donoren screenen, vooraleer men een procedure van *matched unrelated transplant* overweegt.

De contacten met de donorbanken verlopen via het Belgisch register voor beenmergdonoren van het Rode Kruis, het Marrow Donor Program Belgium Registry. Indien patiënten gedetailleerde informatie wensen over het zoeken naar een geschikte donor, dan kunnen zij die krijgen via hun behandelende arts, die dan enkel contact moet opnemen met het register voor beenmergdonoren.

Wij moeten de emotie begrijpen van mensen die op een wachtlijst staan voor transplantatie of die op zoek zijn naar een geschikte donor en dan via Facebook hun kans wagen. Ieder van ons zou misschien hetzelfde doen, maar de kans op resultaat is bijzonder klein en de kans dat die donoren ook weer vlug afhaken, is zeer groot. Niettemin begrijp ik de emotie, die daarin zeer belangrijk is.

Ik heb ook al meerdere keren geantwoord op vragen over het uitsluiten van homoseksuelen mannen van bloeddonatie en, bij uitbreiding, van beenmergdonatie. Bij de FOD Volksgezondheid werd een wetenschappelijke werkgroep opgericht die zich, samen met de experts van de Hoge Gezondheidsraad, daarover buigt. Men dient zich effectief af te vragen of de vragenlijst waarmee gescreend wordt op eventuele risico's van overdraagbare aandoeningen, in casu seksueel overdraagbare aandoeningen, nog in voldoende mate proportioneel is met de desbetreffende risico's. In die groep, die nu wordt uitgesloten, zou dus nog een groot aantal donoren kunnen zitten.

17.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, in verband met dat laatste, u hebt kamerbrede steun voor die herziening.

Ik volg u ook wat betreft de persoonlijke acties en het gevaar dat men hierbij loopt om donoren te vinden die denken dat zij een bepaalde persoon gaan helpen en meer emotioneel reageren zonder voldoende na te denken over wat zij daadwerkelijk doen, maar die zich terugtrekken zodra blijkt dat zij slechts op een lijst zullen verschijnen en ooit donor zullen zijn voor een anoniem persoon. Ik begrijp dat volkomen. Het lijkt mij dus inderdaad correct dat een oproep om meer donoren te vinden veeleer vanuit de overheid of door het

Rode Kruis moet worden gecoördineerd.

Wat ik vreemd vind in de discussie rond deze donoren is het volgende. Bij bloeddonoren is er vraag naar zoveel mogelijk donoren en elkeen die aan de deur van het Rode Kruis staat en in aanmerking komt volgens de huidige regelgeving, wordt met open armen ontvangen, terwijl dit niet het geval is voor dit soort donoren. U gaf het cijfer van 26 miljoen op internationaal niveau. Dat klinkt misschien veel, maar eigenlijk is dat niet zoveel. Als het gaat over die ene persoon die tussen die 26 miljoen anderen geen geschikte match vindt, dan klopt het dat het heel moeilijk is om voor die ene persoon hier in België iemand te vinden die matcht. Als wij echter het aantal donoren omhoog kunnen brengen in België, dan heeft dat wel een effect.

Ik vind het een raar verhaal dat dit bij het Rode Kruis blijkbaar botst op organisatorische en/of financiële moeilijkheden om extra donoren aan te nemen. Mocht dat de reden zijn, dan zou dat spijtig zijn want dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn, los van de andere zaken die u hebt aangehaald.

17.04 Minister **Maggie De Block**: Zij doen ook aan uitbreiding, maar zij zeggen dat zij nu vooral nood hebben aan donoren die zich in andere etnische groepen in onze bevolking bevinden. Daarnaast trachten zij te sensibiliseren en te rekruteren.

Voor mij is het echter zo dat hoe meer donoren wij zelf registreren, hoe beter het is. Alleen zijn wij de betere leerlingen van de klas want in vergelijking met Europa en de rest van de wereld merken wij dat wij relatief veel donoren hebben geregistreerd. Zij zien echter dat zij in bepaalde groepen een tekort hebben.

17.05 **Valerie Van Peel** (N-VA): Dan is het dus niet correct dat zij echt donoren zouden weigeren omdat zij het financieel niet aankunnen om ze erbij te nemen. Dat is eigenlijk wat een beetje terugkomt. Ik zie u van nee knikken.

17.06 Minister **Maggie De Block**: Als u het persbericht goed hebt gelezen, dan hebt u gemerkt dat het erover ging dat er zich bij een oproep bijvoorbeeld 3 000 mensen aangeven, van wie er velen familie van elkaar zijn. Zij zullen daaruit waarschijnlijk niemand vinden die voor de persoon zelf of voor iemand anders als donor kan optreden. Er wordt dan veel geld van het budget opgesoupeerd zonder resultaat. Dat is het enige wat zij hebben gezegd. Zij hebben gezegd dat zij liever zelf oproepen. U weet ook dat als er zich zo'n situatie voordoet, iedereen in de familie wordt gescreend en onderzocht, maar dat gaat dan om een beperkt aantal mensen. Zij zeggen dat de kans klein is dat, als men met zich met duizenden tegelijk aanbiedt, de donor zich in deze kleinere groep van 3 000 bevindt. Dat was de enige redenering die zij hebben gemaakt.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

18 **Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad inzake het rotavirus" (nr. 6171)**

18 **Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé concernant le rotavirus" (n° 6171)**

18.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Naar aanleiding van de recente beslissing van de Franse overheid om te vaccineren tegen het rotavirus, vroeg u de Hoge Gezondheidsraad om een advies op te stellen. In juli bracht de raad dat advies ook uit, zij het enkel in het Frans. Het is niet de eerste keer dat een advies slechts in een van de twee landstalen op de website ter beschikking wordt gesteld.

Mevrouw de minister, om welke redenen werd dat advies enkel in het Frans beschikbaar gesteld?

Is het niet raadzaam dat de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad door iedereen vlot raadpleegbaar zijn en dus in de verschillende landstalen ter beschikking worden gesteld?

Moet de Hoge Gezondheidsraad zich niet evenzeer aan de taalwetgeving houden?

18.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Peel, het ging om een dringend advies en daarom heeft de Hoge Gezondheidsraad niet gewacht op een vertaling. Het advies werd gevraagd in een reactie op de maatregelen die in Frankrijk werden afgekondigd en daarom werd voor het Frans als eerste taal voor het advies gekozen. Ondertussen is de vertaling afgewerkt en staat het advies, hopelijk tot uw grote voldoening,

in keurig Nederlands op de website van de raad.

Het is uiteraard aangewezen om de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad in de verschillende landstalen ter beschikking te hebben. Zeker moet de Hoge Gezondheidsraad ook de taalwetgeving respecteren. De Hoge Gezondheidsraad tracht dat zo goed mogelijk te doen, maar in voorkomend geval wordt het advies gegeven met vertraging voor de vertaling.

De Hoge Gezondheidsraad beschikt niet meer over de middelen om alle adviezen in het Nederlands of in het Frans te vertalen. Hetzelfde geldt voor vertalingen naar het Duits of Engels. De Hoge Gezondheidsraad maakt daarin keuzes en brengt adviezen in één taal uit of vertaalt slechts de inleiding en de conclusies van een advies, terwijl de argumentatie in een andere taal opgesteld kan zijn. In geval er later tijd beschikbaar komt of als er budget overblijft om externe of interne vertalers in te zetten, dan wordt alsnog gepoogd om de adviezen in hun geheel te vertalen, waarbij rekening wordt gehouden met het doelpubliek.

Tot zover de mededeling van de Hoge Gezondheidsraad, die, zoals u merkt, met beperkte middelen moet werken.

18.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord.

Ik zal checken of die vertaling inderdaad op de website staat. Het kan volgens mij geen kwaad om de Hoge Gezondheidsraad daarvoor alert te houden.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

19 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stand van zaken in verband met de ebola-epidemie" (nr. 6172)

19 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation en ce qui concerne l'épidémie d'Ebola" (n° 6172)

19.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, er heeft hierover een aparte commissievergadering plaatsgevonden, maar er werden toen een paar dingen vermeld waarover ik graag een vervolgvraag zou stellen.

Begin augustus hebben de media bericht dat de eerste testfase van een vaccin tegen ebola een zeer positief resultaat haalde en 100 % procent effectief bleek. Zo'n 4000 personen werden in de testfase gevaccineerd en kwamen nadien in nauw contact met het virus, maar werden niet ziek. Dat lijkt goed nieuws, maar de laatste tijd waren er toch ook weer mediaberichten over nieuwe opstoten qua besmetting.

Mevrouw de minister, het is intussen bijna een jaar geleden dat dokter Erika Vlieghe werd aangesteld als ebolacoördinator. De commissie kreeg een uitgebreide toelichting, maar tijdens de gedachtewisseling werd ook aangekondigd dat op 30 september een nationale conferentie zou volgen die zich zou buigen over de lessen die getrokken kunnen worden om zodoende te voorzien in een betere voorbereiding op toekomstige crisissen.

Daarom had ik graag een antwoord op de volgende vragen, mevrouw de minister.

Hoe wordt de studie met betrekking tot het vaccin vandaag door ons land ingeschat?

Met betrekking tot de nationale conferentie van 30 september, heb ik ook enkele vragen. Welke aandachtspunten zijn tijdens die conferentie naar voren gekomen? Welke lessen kunnen wij trekken om dergelijke toestanden in de toekomst snel en vlot te controleren? Hoe werkt u aan een algemeen plan van aanpak bij grote crisissen? Wat is de stand van zaken? Welke actoren worden daarbij betrokken?

19.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Peel, de eerste analyse van de klinische studie *Ebola, ça suffit*, of *Ebola, dat volstaat*, werd gepubliceerd in het internationaal tijdschrift *The Lancet* in juli 2015 en ook op de website van de Wereldgezondheidsorganisatie. De resultaten suggereren dat het experimentele vaccin tegen ebola, het rVSV-ZEBOV van de firma Merck, geïmmuniseerde personen kan beschermen.

Tot heden is het vaccin effectief gebleken voor alle gevaccineerden, maar de studie gaat verder, om meer gegevens te verzamelen en om de omvang van de bescherming te bepalen, alsook om na te gaan hoe snel de bescherming optreedt na vaccinatie.

België ontving in 2015 drie *vials* van dit vaccin van de firma voor een eventuele noodbehandeling bij de hoog risico blootstelling van gezondheidswerkers. Het vaccin is dus in ons bezit. Wij hebben het nog niet nodig gehad. Er zijn wel verdachte gevallen geweest, waarvan één malaria bleek en het andere een andere infectie. Wij hebben het nog niet moeten gebruiken, maar als wij het moeten gebruiken is het er.

Op de conferentie *Ebola, Lessons Learned* werden experts uitgenodigd van de Belgische instellingen die op de verschillende niveaus betrokken zijn geweest bij de nationale voorbereidingen. De grote thema's die aan bod kwamen, waren: de coördinatie, de algemene communicatie, de bescherming van de nationale toegangspoorten, en dan vooral de havens, luchthavens en stations, en het concreet beleid bij gevallen in en buiten de zorginstellingen.

De interactieve sessies verliepen constructief. De volgende generieke opmerkingen werden gegeven. Er is globale tevredenheid over het geleverde werk van de afgelopen maanden, er is behoefte de ingestelde procedures te onderhouden en blijvend aan te passen, en het personeel dat met een eventuele patiënt moet omgaan, moet blijven oefenen. Er is ook nood aan middelen en man- of vrouwkracht om dit te doen. Daarnaast is er nood verder te werken aan hospitaalcapaciteit en nood aan een duidelijke nationale structuur en aan ondersteuning voor de aanpak van de toekomstige epidemieën, wat men een generiek plan van aanpak noemt.

Een volledig verslag van de bevindingen van deze conferentie zal worden opgemaakt en ter beschikking worden gesteld van alle geïnteresseerden.

Onder andere op basis van de ervaringen uit het verleden en de conclusies van de conferentie van vorige week werken wij op dit moment aan de redactie van een generisch nationaal plan voor het beheer van sanitaire crisissen. Dit project wordt toevertrouwd aan de Risk Management Groep, het orgaan dat de administratieve verantwoordelijken voor de federale overheid, Gewesten en Gemeenschappen groepeerd. Deze zijn belast met het beheer van sanitaire crisissen.

De Risk Management Groep heeft reeds een aantal modules geïdentificeerd die deel zullen uitmaken van dit plan: de generische structuur van crisisbeheer in België, de procedure voor detectie en identificatie van gevallen, het beheer van de strategische stocks materiaal dat men nodig heeft om zich te beschermen (handschoenen, maskers,...), de communicatie. De redactie van deze modules werd toevertrouwd aan een aantal werkgroepen die geleid worden door leden van deze Risk Management Groep. Zij zijn samengesteld uit de administratieve verantwoordelijken en wetenschappelijke experts waarvan er een aantal trouwens heeft meegewerkt aan de redactie van de ebolaprocedures.

Ik heb die conferentie geopend. Daarna gingen de drie werkgroepen aan de slag. Rond 16 u 00 hebben zij hun conclusies geformuleerd. Het is nu de bedoeling om daarvan een groot rapport te maken. Ondertussen moet men bovendien doorgaan met de training en opleiding.

De bestaande procedures worden na elk geval geëvalueerd. Men vraagt zich daarbij dan af of er snel genoeg werd gehandeld, of men snel genoeg wist waarover het precies ging enzovoort. Wij gaan daar steeds verder in. Er blijven echter gevallen komen.

Ondertussen gaat ook het onderzoek voort naar de manier waarop ebola kan worden overgedragen. U weet dat men er achter is gekomen dat de laatste besmettingen en heropflakkingen deels te wijten waren aan de lange levensduur van het virus in sperma. Meer dan drie maanden na de genezing van de patiënt werd nog actief ebolavirus aangetroffen in het sperma van de betrokkene. Dit verklaart waarom zo nu en dan het virus heropflakkt in West-Afrika.

Wij hebben de laatste cijfers gezien. Het is daar nog niet verdwenen. Ik denk dus dat het terecht is dat wij de piste van de vaccinatie verder gaan. Hoe wij dat daar gaan organiseren, is nog een ander paar mouwen. Wij moeten alleszins verder op die piste gaan, al was het maar om onze gezondheidswerkers hier te vaccineren. Mocht er een goed vaccin zijn, kunnen wij hen al beschermen. Dat zou ook al een hele stap vooruit zijn.

19.03 Valerie Van Peel (N-VA): Het zou inderdaad al een hele stap zijn als wij onze gezondheidswerkers

daar of een besmette patiënt hier kunnen vaccineren. Dan kunnen wij zeker zijn dat die bedreiging zich niet doorzet.

Ik denk dat het zeer goed is dat er een generisch nationaal plan komt. Uit deze crisis leren voor de toekomst is het enige wat wij op dit moment kunnen doen. Laat ons hopen dat wij de volgende keer, ook internationaal, nog sneller en beter kunnen reageren.

Ik hoop dat deze crisis onder controle komt. Wij zullen daarop in deze commissie nog moeten terugkomen, want dat zal zoals u zegt nog niet voor morgen zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ontwikkeling en beschikbaarheid van 'cannabispillen'" (nr. 6174)

- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "cannabisspray en -pillen" (nr. 6312)

- mevrouw **Maya Detiège** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medicinale cannabis" (nr. 6518)

20 **Questions jointes de**

- Mme **Valerie Van Peel** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le développement et la disponibilité des comprimés de cannabis thérapeutique" (n° 6174)

- Mme **Anne Dedry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cannabis thérapeutique en spray et comprimés" (n° 6312)

- Mme **Maya Detiège** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cannabis médical" (n° 6518)

De **voorzitter**: Mevrouw Detiège is afwezig.

20.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, in juni ondertekende u een koninklijk besluit waarmee het gebruik van geneesmiddelen op basis van cannabis wordt toegestaan, op voorwaarde dat het bewijs van de noodzaak hiervoor wordt geleverd.

Momenteel gaat het daarbij enkel om het gebruik van de mondspray Sativex. Eind augustus las ik dat een Australisch bedrijf in Europa is gestart met de verkoop van zogenaamde cannabispillen, die door het gebruik van een speciale soort cannabisplant enkel CBD en geen THC zouden bevatten. Via de website kunnen alle Europeanen het geneesmiddel bestellen, zo stond te lezen.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen.

Wat is uw mening ten aanzien van deze pillen? Kunnen deze legaal worden ingevoerd en gebruikt? Is het volgens u wenselijk om de invoer en het gebruik van deze pillen toe te laten?

Wat is de houding van het FAGG ten aanzien van deze pillen? Bestaat er bewijs dat ze daadwerkelijk kunnen helpen? U zult het wel met mij eens zijn dat we in de gaten moeten houden welke weg dit opgaat.

20.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik zal de inleiding overslaan aangezien die dezelfde is als van mijn collega.

Ik heb ongeveer dezelfde vragen, vooral omdat het prijsverschil heel groot is en we hier worden geconfronteerd met een prijskaartje van 650 euro voor onder andere MS-patiënten. In Nederland kan men ze veel goedkoper kopen en nu is er het Australische verhaal. Er wordt als voordeel aangehaald dat de pillen de verslavende substantie THC niet bevatten.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen die aansluiten bij de vragen van collega Van Peel.

Wat gaan we daarmee doen? Vindt u dit coherent? Waarom is de cannabisspray in België zo duur? Is het normaal dat men hem in het buitenland kan kopen en is hij even goed?

Wij hebben niets meer gehoord over uw plan voor medische cannabis. Bent u daar nog mee bezig? Hebt u daaromtrent nog stappen ondernomen?

20.03 Minister **Maggie De Block**: Collega's Van Peel en Dedry, wat geneesmiddelen op basis van cannabisextracten betreft, werd in België tot op heden enkel een vergunning toegekend voor het in de handel brengen van het middel Sativex.

Voor dit geneesmiddel loopt momenteel ook de terugbetalingsprocedure op zijn einde. In geval van een gunstige afloop zal inderdaad enkel de MS-patiënt die aan de terugbetalingsvoorwaarden voldoet alleen het remgeld betalen.

Wat buitenlandse geneesmiddelen betreft, is er vooreerst de noodzaak dat die in het betrokken land wel degelijk een vergunning hebben. Daarnaast kunnen die enkel legaal worden ingevoerd door een artsenverklaring en door een Belgische apotheker, dus nooit door een patiënt zelf. Als het een preparaat betreft dat niet als geneesmiddel vergund werd voor de Australische markt hebben we mogelijks te maken met een illegaal middel waarvan de kwaliteit noch de doeltreffendheid kan worden gegarandeerd. Het gebruik van dergelijke geneesmiddelen houdt dan ook risico's in voor de gezondheid van de patiënt en de aankoop of invoer ervan is dan op geen enkele wijze legaal.

Niet-conforme geneesmiddelen verhandeld via internet en ingevoerd door patiënten zelf worden routinematig in beslag genomen tijdens controles die onze inspecteurs en controleurs samen met bpost en de douane uitvoeren. In 2014 werden er zo ongeveer 4 000 postzendingen in beslag genomen die illegale geneesmiddelen bevatten. Het betrof natuurlijk niet allemaal cannabis maar men ziet daar toch een zekere tendens qua geneesmiddelen waar het om gaat. Invoer van deze middelen is een inbreuk op de geneesmiddelenwetgeving en de patiënt riskeert in dit geval dan ook een boete die bij herhaling van de inbreuk effectief toegepast wordt.

Het KB dat het mogelijk maakt om vergunde geneesmiddelen op basis van cannabisextracten af te leveren werd gepubliceerd op 25 juni 2015 en laat eventueel ook uitbreiding toe tot andere goedgekeurde vormen die aan alle vereisten moeten voldoen. De geneesmiddelencommissie was echter van oordeel dat in afwachting van de verdere uitwerking van een aangepast kader voor de aflevering van medicinale cannabis magistrale bereidingen en/of officinale bereidingen op basis van cannabis best verhinderd werden. Uit het advies van een werkgroep binnen deze commissie – dat was een nota – bleek dat het risico verbonden aan het gebruik ervan zonder een aangepast legaal kader voor hen zwaarder doorweegt dan de te verwachten baten.

Zij vinden dus dat veiligheid voor alles gaat.

20.04 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, onze inleiding was misschien wel dezelfde, maar verder sta ik met mijn groene collega niet helemaal op dezelfde lijn wat dit dossier betreft, maar hopelijk nog wel op dezelfde lijn met u. Ik heb begrepen dat u heel duidelijk stelt dat initiatieven zoals de cannabispillen zich in de illegaliteit bevinden en daar zullen blijven op dit moment. Wat het medicinale gebruik van cannabis betreft, kiezen we voor *evidence based medicine*, een lijn die we heel duidelijk trekken en die blijft zoals ze is. Ik volg u in die analyse volledig. Dank u daarvoor.

20.05 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw Van Peel, u zult verbaasd zijn, maar ik pleit absoluut niet voor onveilige en niet *evidence based medicine*, ook niet als het cannabis is. Wel vind ik dat de patiënt niet moet worden gevisieerd. Dit zijn mensen die in nood zoeken naar een oplossing. Ik hoor hier dan over boetes spreken en ik vraag eigenlijk om de patiënt die hopeloos op zoek is, te helpen en te omkaderen. Laten wij hier een kader voor maken waardoor dit niet gebeurt, maar niet deze patiënt viseren. Verder ben ik uiteraard voorstander van veiligheid en *evidence based medicine* in dit verband.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

21 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijkheid voor particulieren om geneesmiddelen per eenheid aan te schaffen" (nr. 6177)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tarifiering per eenheid (TPE) voor geneesmiddelen afgeleverd aan bewoners van rusthuizen" (nr. 6596)

21 Questions jointes de

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la possibilité pour les particuliers de se procurer des médicaments à l'unité" (n° 6177)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la tarification par unité (TUH) pour les médicaments délivrés aux résidents des maisons de repos" (n° 6596)

21.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, op 1 augustus jongstleden las ik in *De Tijd* de volgende titel: "Hou de kosten voor uw pillen onder controle". Het artikel ging in op het pact dat u bereikt hebt met de farmaceutische sector om de kosten voor bepaalde medicatie te laten dalen. Niet alleen de overheid, maar ook veel patiënten moeten jaarlijks immers heel wat geld uitgeven aan medicatie. In het artikel werden ook enkele tips meegegeven over hoe patiënten voor zichzelf en voor de overheid de kosten voor medicatie kunnen drukken, namelijk door zuinig en verstandig om te gaan met hun pillenverbruik.

Dat zuinig en verstandig omgaan met het gebruik van medicatie wordt echter niet altijd gestimuleerd. Wie medicatie aanschaft, ziet zich immers meestal genoodzaakt om een veel grotere hoeveelheid aan te kopen dan hij of zij eigenlijk nodig heeft. Dat betekent niet alleen een hogere uitgave dan nodig, het houdt ook nog wat gevaren in. Ik denk aan patiënten die foutieve medicatie innemen, omdat zij thuis nog een voorraad hebben of patiënten die vervallen medicatie innemen, om zodoende nieuwe uitgaven te vermijden.

Het kost weinig moeite om getuigenissen te verzamelen van mensen wier kast uitpuilt van de vervallen medicatie en van patiënten die niet bij de arts langsgaan, omdat ze niet willen betalen voor een voorschrift van medicijnen die toch al in hun kast liggen.

Het Nederlandse systeem verschilt in dezen van het onze. Daar kunnen medicijnen in een welbepaalde, voorgeschreven hoeveelheid aangekocht worden. Dat drukt niet alleen de kostprijs, het vermijdt ook foutief gebruik van medicatie. De arts en de apotheker kunnen op die manier het medicatiegebruik van een patiënt ook beter inschatten en controleren.

Mevrouw de minister, wat vindt u van het Nederlandse systeem, waarbij medicatie in de voorgeschreven hoeveelheid kan worden aangekocht? Is het niet in het belang van de patiënt en van de gezondheidszorg in het algemeen om ook ons huidig toegepaste systeem in die zin te veranderen? Zou dat ook geen enorme besparing betekenen, zowel voor de patiënten als voor de overheid?

21.02 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over hetzelfde thema, maar heeft een iets andere inslag.

Sinds 1 april moeten apothekers die leveren aan rust- en verzorgingstehuizen, per eenheid tarifieren. Die maatregel is van toepassing op geneesmiddelen die terugbetaald worden door de ziekteverzekering en afgeleverd zijn in een openbare apotheek. Om softwareproblemen te vermijden en de nodige overgangsmaatregelen te kunnen nemen, hebt u de maatregel verschoven naar 1 september. Dat is gebeurd in overleg met de apothekers.

Van op het terrein krijg ik echter signalen dat er toch nog verschrikkelijk veel problemen zijn. De software is beschikbaar, maar door de planning van de IT-leveranciers beschikken sommige apotheken nog steeds niet over het systeem. Bovendien kampt een aantal van hen met technische problemen. Ik heb hier het verslag van de maand september bij mij van enkele apotheken ter zake. Zelf heb ik ervaren hoe een bepaalde apotheker geconfronteerd werd met systeemonderbrekingen en lange wachttijden van 10 tot 15 minuten om in te loggen op MyCareNet.

Ik begrijp dat men op een bepaald moment moet starten en een timing moet vooropstellen, maar het RIZIV heeft de apotheken schriftelijk gewaarschuwd dat er vanaf 1 september moet gewerkt worden via tarifiering en dat anders de apotheek niet mag rekenen op terugbetaling.

Er bestaan dus nogal wat bezorgdheden, mevrouw de minister. Ik vraag u dus, in een constructieve sfeer, of u op de hoogte bent van de problemen en hoe u omgaat met de facturatie? Is er eventueel nog een soort overgangs- of respijtperiode mogelijk, tot alles is opgelost, zodat iedereen met het verhaal mee is?

21.03 Minister **Maggie De Block**: De voorschrijver wordt wettelijk nu al verplicht om op het voorschrift de therapieduur van een medicamenteuze behandeling uit te drukken in weken en/of dagen. Apothekers mogen geneesmiddelen per eenheid, zogenaamde individuele medicatievoorbereiding of IMD, of gefractioneerd, bijvoorbeeld per blister, afleveren.

De tarifiering per aandeel per eenheid van geneesmiddelen afgeleverd door de officina-apotheker, beperkt zich daarentegen momenteel inderdaad tot de geneesmiddelen met een orale of vaste vorm afgeleverd aan RVT- en ROB-residenten. Ik sta erop te verduidelijken dat momenteel enkel de tarifiering per eenheid en niet het afleveren van geneesmiddelen per eenheid, de zogezegde individuele medicatievoorbereiding, verplicht is. De maatregel is een eerste stap om de individuele medicatievoorbereiding aan te moedigen, die inderdaad voordelen biedt qua rationeel geneesmiddelengebruik en volksgezondheid.

Een uitbreiding van het toepassingsgebied of een veralgemening van de individuele medicatievoorbereiding of een verplichting kan enkel worden overwogen na een evaluatie van het resultaat van die maatregel, opnieuw in overleg met alle betrokken actoren op het terrein.

Mevrouw Van Peel, uw vraag is nadien toegevoegd.

Mevrouw Muylle, indien er één dossier is waaraan het kabinet al veel werk heeft gehad, dan is het wel het dossier van de tarificatie per eenheid. Daarom heb ik ook de overgangsperiode verlengd. Het ontwerp was goedgekeurd en in uitvoering, maar in feite was er gedurende een hele lange tijd niks gebeurd.

Er zijn dus inderdaad nog altijd apotheken die hebben gewacht of waar het internet niet snel genoeg is of waar er MyCareNet-problemen opduiken, waaraan wij ook niet echt iets kunnen doen, maar die telkens met hen worden besproken en geëvalueerd. Wij doen dan ook een continue bijsturing naar aanleiding van problemen die ons worden gesignaleerd. Iemand van mijn kabinet is bijna constant bezig met het remediëren aan die problemen.

Ooit moet echter inderdaad de stap worden gezet om een en ander door te voeren. De maatregel was bovendien al lang aangekondigd. Overigens zijn die softwareproblemen ook bij de derde-betalersregeling gerezen.

Wij zijn nu meer met de softwareproducenten in dialoog. Wij zijn ook van plan – dit is een van de redenen waarom zij soms te laat zijn – hen vroeger en nauwer bij het overleg over dergelijke maatregelen te betrekken. Zij kregen een maatregel immers pas te zien, wanneer die maatregel een *fait accompli* was en was goedgekeurd. Daaraan gaan echter vele maanden vooraf. Indien wij de producenten vroeger bij het proces kunnen betrekken, zal het op het terrein ook beter gaan. Zij zullen immers meer tijd hebben en meer hun software overal kunnen presenteren.

Ons land telt de meeste apotheken. Bij ons hebben ze dus veel werk. Wij willen ze echter vlugger en nauwer bij het proces betrekken, zodat ook de softwarehuizen met minder problemen af te rekenen krijgen om hun doelgroep te bereiken.

21.04 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik ben blij te horen dat het een eerste stap is in wat uiteindelijk het Nederlands model kan worden, want ik zie daar zeer veel voordelen in.

21.05 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik wil mij eerst excuseren. Mijn vraag was wel degelijk op 17 september ingediend, maar er was waarschijnlijk een probleem met het op de agenda plaatsen van de vraag. Wij hebben gisteren met het secretariaat nog contact moeten opnemen omdat de vraag niet aan de agenda was toegevoegd. Dat is pas gisteren gebeurd. U hebt mijn vragen dus vermoedelijk pas laat ontvangen, maar ze waren wel op 17 september ingediend.

21.06 Minister **Maggie De Block**: De officiële datum van indiening van de vraag is 5 oktober om 9 u 36. Daar is dus iets misgelopen.

21.07 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik denk dat u terecht verwijst naar de problematiek die al heel lang leeft. Ik ken de gesprekken die ter zake zijn gevoerd, niet alleen over software en technische

problemen, maar ook over de tarifiering en de vergoeding die men zou krijgen. Men vroeg ook naar een evaluatie. Ik ben blij dat u hen er verder bij betreft.

Ik hoop dat de technische problemen snel opgelost zullen zijn. Ik denk dat u terecht wijst op de verantwoordelijkheid van de apothekers zelf. Ik vraag alleen om ook met hen te kijken naar hoe de problemen inzake facturatie en het RIZIV de komende weken kunnen worden opgelost. Ik hoop samen met u dat dit zo snel mogelijk voor iedereen geregeld is, zodat men op een goede manier kan starten.

21.08 Minister **Maggie De Block**: De apothekers zitten mee aan tafel. De apothekers zelf zullen ook lessen geven over hoe te werken met tarificatie per eenheid. De beroepsorganisaties zijn volledig mee.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

22 Vraag van mevrouw **Renate Hufkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek naar de schadelijke gevolgen van lachgas" (nr. 6195)

22 Question de Mme **Renate Hufkens** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude relative à la nocivité du gaz hilarant" (n° 6195)

22.01 **Renate Hufkens** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sprak u tijdens het voorbije parlementair jaar reeds een paar keer over dit onderwerp en ik kom er nogmaals op terug.

In uw antwoord op mijn laatste vraag gaf u te kennen dat het FAGG werkt aan een rapport over de gevaren van lachgas. Dat rapport zou voor de zomer klaar zijn. Op 3 september, dus net na de zomervakantie, kopte *De Standaard* opnieuw over onrustwekkend gebruik van lachgas bij Hasseltse jongeren. Er is dus met andere woorden nog altijd wel degelijk een probleem.

Kunt u mij de stand van zaken en de eventuele bevindingen uit dit rapport geven?

Welke acties zult u ondernemen op basis van dit rapport?

22.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Hufkens, het gebruik van lachgas is uiteraard volledig af te raden in een recreatieve setting. Lachgas wordt in een gecontroleerde medische setting soms gebruikt en dan is er geen probleem.

Er werd inderdaad aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten gevraagd om deze problematiek in kaart te brengen, een risicoanalyse te maken en remediërende acties voor te stellen. Er wordt een interadministratieve werkgroep opgericht met deskundigen van het FAGG, van de algemene cel Drugs en van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Er wordt ook een enquête gepland over de distributie van lachgas in ons land naar de medische sector en de voedingssector.

Uiteraard is niet uitgesloten dat er secundaire distributie is vanuit deze twee laatste sectoren. Allicht is dit ook niet helemaal controleerbaar. Daarom hebben wij ook gevraagd om dit in kaart te brengen. Dit onderzoek zit nog in de beginfase en daarom kan ik u daarover nog niet meer inhoudelijke gegevens geven. Als het er is, zal ik echter niet nalaten u te rapporteren.

22.03 **Renate Hufkens** (N-VA): Mevrouw de minister, ik kijk uit naar de verdere gegevens.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

23 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Renate Hufkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vooruitgang van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidsberoepen" (nr. 6196)

- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de psychotherapie, de klinische psychologie en de orthopedagogie" (nr. 6251)

23 Questions jointes de

- **Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'amélioration de la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions de la santé mentale" (n° 6196)**

- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance de la psychothérapie, de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie" (n° 6251)**

23.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, u bent volop bezig met de herziening van de wet tot de regeling van de geestelijke gezondheidsberoepen, die onder meer de bepalingen inzake het beroep van psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch orthopedagoog regelt. Ook de oprichting van een federale raad voor de psychotherapie staat in die wetgeving ingeschreven. Die wet zal van kracht worden op 1 september 2016.

Mevrouw de minister, in het kader daarvan wil ik u de volgende vragen stellen.

Hoe ver staat u met de implementatie van die wetgeving? Wat is de status ervan?

Is een aanpassing van die wetgeving aan de orde en zo ja, om welke aanpassingen zou het gaan?

23.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, le 14 juillet dernier, en réponse à des questions parlementaires, vous nous disiez que les concertations entre votre cabinet et l'administration, d'une part, et tous les *stakeholders*, d'autre part, étaient en cours afin d'avancer vers l'installation des conseils psychologie clinique et orthopédagogie, dans l'analyse et les modifications de la loi relative aux psychothérapeutes en lien avec l'arrêté royal 78. Vous alliez nous tenir au courant. Nous avons convenu de tenir une commission le 10 novembre prochain à ce sujet. Comme près de deux mois se seront écoulés entre le dépôt de ma question le 18 septembre et le 10 novembre, je me permets néanmoins de vous poser quelques questions, la première étant relative au timing.

Lorsque vous vous présenterez le 10 novembre, votre projet de réforme de la loi de 2014 sera-t-il ficelé ou notre réunion de commission participera-t-elle au processus de concertation pour organiser la suite des travaux? Avez-vous encore des contacts, et des échanges sont-ils prévus avec les différents acteurs de la psychothérapie? Je pense que les dernières rencontres datent de juillet dernier. Certes, le souhait est grand de connaître non seulement le timing mais les nœuds et modifications qui sont en cours d'examen. S'agit-il des conditions d'accès au statut de psychothérapeute, de la nature, du nombre des conseils, de l'autonomie dans la qualité de prester en qualité de psychothérapeute auprès des cliniciens et des orthopédagogues? Quels sont les nœuds qui sont à encore trancher?

23.03 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Hufkens, madame Gerkens, il y a en effet plusieurs nœuds.

De wet van 4 april 2014 bevat een aantal tekortkomingen die naargelang het geval de uitvoerbaarheid van de wet in het gedrang brengen. Zo werd er geen rekening gehouden met het feit dat in Wallonië geen autonome opleiding orthopedagogiek bestaat, zoals in Vlaanderen wel het geval is. De opleiding en de beroepsuitoefening situeren zich daar binnen het domein van de psychologie.

Nochtans staat er in de wet dat de federale raad voor klinische psychologie en klinische orthopedagogiek een delegatie moet bevatten van zowel Nederlandstalige als Franstalige orthopedagogen. Deze laatsten zal men in Wallonië dus niet vinden. Deze raad kan bijgevolg niet geldig worden samengesteld en dus evenmin zijn opdracht als adviesorgaan aanvaarden. Dat is al een eerste groot knelpunt: de adviesraad die ons moest adviseren, kan niet worden geïnstalleerd door deze wet.

Daarnaast werd ervoor geopteerd om de psychotherapie buiten de wet op de gezondheidsberoepen om te regelen, waardoor ook de wettelijke kwaliteit en veiligheidswaarborgen niet van toepassing zijn, en werd er een systeem van machtigingen uitgewerkt, waarbij niet duidelijk is welke overheid bevoegd is om deze te verlenen. Dat is de tweede grote knoop.

Wij moeten dus die wet al aanpassen, want zoals het er nu voor staat, zitten wij in een impasse en is de wet eigenlijk onuitvoerbaar. Wij moeten dus eerst een herstellwet maken.

Un projet de loi modifiant la loi est en cours d'élaboration. Dans ce contexte, une solution aux manquements actuels est cherchée. Une rationalisation des conseils consultatifs est mise en œuvre. On vise une qualité

optimale des soins, notamment en intégrant également la psychothérapie dans la loi du 10 mai 2015 relative aux professions de soin. Comme annoncé, en novembre, les explications sur le concept adapté seront fournies ici en commission de la Santé publique. Nous pourrions avoir une discussion à ce sujet. Je ne suis guère contente de la qualité de la loi votée, mais il n'y a pas de problème, nous allons essayer de la réparer.

23.04 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, het is natuurlijk vervelend dat u wetten uit het verleden moet repareren, maar het is wel zo.

Er is veel ongerustheid in de sector, dus het is belangrijk dat men snel duidelijkheid en zekerheid krijgt.

23.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, pour les orthopédagogues cliniciens, on avait signalé la différence en termes de formation entre les parties francophone et néerlandophone. Du côté francophone, c'est la psychologie qui prime. Les masters, pour leur part, comprennent une orientation en orthopédagogie. À mon sens, le comité d'avis doit dire quelles sont ses exigences pour les formations. Je ne vois pas à quel titre un problème se pose.

La loi relative à la psychothérapie n'est pas intégrée dans la législation sur les professionnels de la santé. Cela pourrait être envisagé. En revanche, les exigences de compétence et le dispositif qui offre des formations de départ différentes, mais reposant sur un certain socle de compétences agréé par le Conseil de la psychothérapie, ressortissent à une loi qui me semble de qualité et que d'autres pays nous envient.

J'ai du mal à comprendre où se situent les difficultés dont vous parlez, si ce n'est une modification des exigences de formation, du statut de psychothérapeute ou des formations de départ. Celles-ci sont en effet ouvertes à d'autres professionnels qu'à ceux qui sont déjà psychologues cliniciens, psychiatres ou médecins. De toute façon, la loi prévoit des exigences à cet égard.

Vous dites que, le 10 novembre, vous allez apporter des explications sur les travaux. D'ici là, allez-vous consulter les acteurs de terrain? Vous ne nous avez pas répondu à ce sujet.

23.06 Maggie De Block, ministre: Oui.

23.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Donc, à cette date, ce ne sera pas encore complètement ficelé?

23.08 Maggie De Block, ministre: C'est le planning. Différents groupes sont encore invités à mon cabinet.

Après le 10 novembre, il y a aura évidemment des adaptations. Ensuite, nous commencerons les réunions intercabinets et, par après, nous tenterons d'introduire la loi modifiée.

23.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, la loi modifiée arriverait ainsi vers janvier.

23.10 Maggie De Block, ministre: Aussi vite que possible. Il faut examiner quelles adaptations sont nécessaires. On ne peut le faire sans adaptations.

23.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Il importe maintenant de poursuivre les concertations avec les acteurs pour que si modifications il y a, cela puisse néanmoins respecter la philosophie, le cadre et les objectifs de la loi actuelle et qu'il y ait une adhésion de l'ensemble des parties prenantes. Cela fait très longtemps. On a quand même mis entre dix et quinze ans pour arriver à la loi précédente. Si elle est comme elle est, c'est qu'il a fallu faire tout ce travail collectif pendant autant d'années. Le rendez-vous est donc pris pour le 10 novembre 2015.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Madame la ministre, pouvons-nous encore vous poser une ou deux questions?

23.12 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, je dois me rendre au kern. Je ne peux pas m'excuser auprès du kern parce que j'ai une séance de questions.

La **présidente**: Nous vous posons alors une toute dernière question.

Madame Van Camp, vous avez la parole pour votre question n° 6202 sur le financement des hôpitaux, à moins que vous acceptiez que votre question soit reportée au 27 octobre 2015. Êtes-vous d'accord?

23.13 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik wil mijn vraag nr. 6202 gerust uitstellen.

24 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'épidémie d'obésité" (n° 6215)

24 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de obesitasepidemie" (nr. 6215)

24.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Monsieur le président, madame la ministre, l'obésité est aujourd'hui devenue une question mondiale en matière de santé au point qu'elle est qualifiée d'épidémie. Le nombre d'obèses a plus que doublé entre 1980 et 2013. Les personnes en surpoids représentaient 29,8 % dans le monde il y a trente ans contre 36,9 % des hommes et 38 % des femmes aujourd'hui.

Les experts cherchent donc à définir les causes de cette situation, qui semblent être multifactorielles: génétiques, politiques, liées au mode de vie. Si le niveau d'activité physique joue un rôle au même titre que la nature des aliments (pour les endocrinologues d'une équipe américano-néo-zélandaise qui a réalisé, entre 1971 et 2010 dans 65 pays, l'étude de la disponibilité énergétique alimentaire, qui représente la nourriture circulant dans un pays), le facteur majeur semble être la surabondance de nourriture.

Ce phénomène d'accroissement a été observé aussi bien dans les pays riches que dans les pays aux revenus modestes. Selon Nathalie Farpour-Lambert, présidente de l'Association européenne pour l'étude de l'obésité, cette situation est un des effets de la mondialisation, favorisant l'accessibilité aux produits industriels transformés, souvent mauvais sur le plan nutritionnel.

Pour y faire face, l'étude citée insiste sur la nécessité de mettre en place des politiques adaptées en matière d'étiquetage des produits, de taxation des produits posant problème, d'incitations financières pour les produits non transformés.

Madame la ministre, un décret européen rend obligatoire, depuis le 1^{er} juillet, l'affichage des allergènes sur les produits alimentaires. Un débat existe sur l'opportunité de rendre l'affichage du nombre de calories contenues dans les aliments, comme l'a proposé le FDA (*Food Drug Administration* aux États-Unis) en novembre 2014, afin de modifier le comportement alimentaire des consommateurs. Les personnes les plus sensibles à l'information sont souvent celles qui sont déjà informées et vigilantes sur le plan alimentaire. En outre, au-delà de la quantité de calories, c'est leur nature qui importe, 100 calories de courgettes n'agissant pas sur le métabolisme comme 100 calories de barre chocolatée.

Madame la ministre, quelles pistes envisagez-vous pour faire face à cette importante question de santé publique, dont les réponses doivent prendre en compte la diversité des situations et des comportements alimentaires humains?

Quelles stratégies est-il possible de proposer afin d'éviter les effets pervers de contrôle et de restriction cognitive ou de boulimie?

Quelles solutions est-il possible d'envisager avec l'industrie agroalimentaire afin d'éviter, là aussi, l'effet pervers d'affichages privilégiant le nombre de calories sur leurs qualités nutritionnelles?

24.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur le président, cher collègue, il est vrai que les habitudes alimentaires d'une partie considérable de la population sont déséquilibrées. On constate, tout d'abord, un excès de consommation de calories pauvres d'un point de vue nutritionnel, autrement dit, à haute teneur en sucres ajoutés, graisses saturées et dépourvues de fibres et en micronutriments comme les vitamines, les minéraux et acides gras essentiels. De plus, on observe un niveau d'activité physique trop bas.

Comme vous le savez, le Plan fédéral Nutrition Santé vise une amélioration des habitudes alimentaires de la population vivant en Belgique.

Actuellement, dans le cadre du plan, nous travaillons à l'amélioration des produits alimentaires par le biais d'une réduction de la valeur énergétique des produits sur le marché belge. Ceci signifie concrètement une réduction de la teneur en sucres ajoutés et en graisses, mais également une amélioration qualitative des produits au travers de l'amélioration de la qualité des sucres et des graisses présents et l'augmentation de la teneur en fibres et micronutriments.

Ce travail de reformulation a lieu dans un groupe de travail spécifique au sein du SPF Santé publique, dans lequel sont représentés l'industrie alimentaire et ses sous-secteurs, la grande distribution, les organisations horeca, des consommateurs et des experts scientifiques.

Un des objectifs de ce groupe est d'arriver à définir des engagements concrets pour diminuer la qualité énergétique des produits alimentaires.

Pour promouvoir une alimentation équilibrée et un niveau d'activité physique plus élevé, il faut commencer par l'éducation de la population dès le plus jeune âge. Une sensibilisation de la population et de tous les acteurs est nécessaire. Il s'agit d'un objectif ambitieux qui demande l'investissement de tous les niveaux de pouvoir. Un des leviers consiste à travailler sur l'offre avec les opérateurs économiques fabricants d'aliments. Mais ce ne sera pas suffisant. Les causes étant multiples, il faut travailler sur tous les facteurs.

24.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, c'est un sujet important et qui est transversal, comme vous le dites. Il faut se saisir du problème à partir de l'enfance car quand on voit les enfants qui mangent des chips à la place d'un repas, ce n'est pas satisfaisant.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 18.02 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.02 uur.