



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

Dinsdag
27-10-2015
Namiddag

Mardi
27-10-2015
Après-midi

N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	Parti Socialiste
MR	Mouvement réformateur
CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	Open Vlaamse Liberalen en Democraten
sp.a	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	centre démocrate Humaniste
VB	Vlaams Belang
FDF	Fédéralistes démocrates francophones
PTB-GO!	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture!
PP	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 54 0000/000	Parlementair stuk van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)
CRABV	Beknopt Verslag (witte kaft)	CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture blanche)
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
	(witte kaft)		(couverture blanche)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beigeleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen :	Commandes :
Natieplein 2	Place de la Nation 2
1008 Brussel	1008 Bruxelles
Tel. : 02/ 549 81 60	Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be	www.lachambre.be
e-mail : publicaties@dekamer.be	e-mail : publications@lachambre.be

INHOUD

Samengevoegde vragen van 1
 - juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van 1
 Sociale Zaken en Volksgezondheid over
 "pilotprojecten in het kader van de
 ziekenhuisfinanciering" (nr. 6202)
 - mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van 1
 Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de
 ziekenhuisfinanciering" (nr. 6309)

Sprekers: **Yoleen Van Camp, Nathalie Muylle, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Inez De Coninck aan de 3
 minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
 over "de wachtdienst voor apothekers" (nr. 6226)

Sprekers: **Inez De Coninck, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Caroline Cassart-Mailleux 5
 aan de minister van Sociale Zaken en
 Volksgezondheid over "het tegen eind 2015
 geplande onderzoek naar de spoeddiensten"
 (nr. 6252)

Sprekers: **Caroline Cassart-Mailleux, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de 6
 minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
 over "injectienaalden" (nr. 6264)

Sprekers: **Yoleen Van Camp, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de 8
 minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
 over "de ondersteuning van apothekers"
 (nr. 6265)

Sprekers: **Yoleen Van Camp, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer André Frédéric aan de minister 9
 van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de
 attractiviteitspremie voor verpleegkundigen"
 (nr. 6266)

Sprekers: **André Frédéric, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Daniel Senesael aan de 11
 minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
 over "de terroristische dreiging tegen
 ziekenhuizen" (nr. 6273)

Sprekers: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister 12

SOMMAIRE

Questions jointes de 1
 - Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires 1
 sociales et de la Santé publique sur "des projets
 pilotes dans le cadre du financement des
 hôpitaux" (n° 6202)
 - Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires 1
 sociales et de la Santé publique sur "le
 financement des hôpitaux" (n° 6309)

Orateurs: **Yoleen Van Camp, Nathalie Muylle, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Inez De Coninck à la ministre 3
 des Affaires sociales et de la Santé publique sur
 "le service de garde des pharmaciens" (n° 6226)

Orateurs: **Inez De Coninck, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Caroline Cassart-Mailleux à la 5
 ministre des Affaires sociales et de la Santé
 publique sur "l'enquête sur les services d'urgence
 prévue pour la fin 2015" (n° 6252)

Orateurs: **Caroline Cassart-Mailleux, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre 6
 des Affaires sociales et de la Santé publique sur
 "les seringues" (n° 6264)

Orateurs: **Yoleen Van Camp, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre 8
 des Affaires sociales et de la Santé publique sur
 "le soutien apporté aux pharmaciens" (n° 6265)

Orateurs: **Yoleen Van Camp, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. André Frédéric à la ministre des 9
 Affaires sociales et de la Santé publique sur "la
 prime d'attractivité pour les infirmiers" (n° 6266)

Orateurs: **André Frédéric, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Daniel Senesael à la ministre des 11
 Affaires sociales et de la Santé publique sur "la
 possible exposition des hôpitaux à la menace
 terroriste" (n° 6273)

Orateurs: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Anne Dedry à la ministre des 12

van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kwaliteitsgaranties en de wachtendienst van de dokterspraktijk in Brussel-Centraal" (nr. 6314)

Sprekers: **Anne Dedry, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geneesmiddel Seroxat" (nr. 6344)

Sprekers: **Yoleen Van Camp, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 15

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hoge prijzen voor borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 6428)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 6502)

- mevrouw An Capoen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de KCE-studie over borstreconstructie" (nr. 6533)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "borstreconstructie" (nr. 6569)

Sprekers: **Anne Dedry, An Capoen, Nathalie Muylle, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kankerverwekkende voeding en leukemie" (nr. 6458)

Sprekers: **Anne Dedry, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 23

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de projecten art. 107 in de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 6481)

- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 107 van de wet op ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen" (nr. 6551)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming Psy107" (nr. 7057)

Sprekers: **Nathalie Muylle, Renate Hufkens, Muriel Gerkens, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Richard Miller aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toepassen van chelatietherapie in België en de vermoedens van kwakzalverij" (nr. 6506)

Sprekers: **Richard Miller, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en

Affaires sociales et de la Santé publique sur "les garanties de qualité et le service de garde du cabinet médical de Bruxelles-Central" (n° 6314)

Orateurs: **Anne Dedry, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le médicament Seroxat" (n° 6344)

Orateurs: **Yoleen Van Camp, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 15

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tarifs élevés des reconstructions mammaires par tissus autologues" (n° 6428)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les reconstructions mammaires par tissus autologues" (n° 6502)

- Mme An Capoen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du KCE sur la reconstruction mammaire" (n° 6533)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconstruction mammaire" (n° 6569)

Orateurs: **Anne Dedry, An Capoen, Nathalie Muylle, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les aliments cancérigènes et la leucémie" (n° 6458)

Orateurs: **Anne Dedry, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 23

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir des projets art. 107 relatifs aux soins de santé mentale" (n° 6481)

- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins" (n° 6551)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme 'psy 107'" (n° 7057)

Orateurs: **Nathalie Muylle, Renate Hufkens, Muriel Gerkens, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Richard Miller à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pratique en Belgique de la thérapie par chélation et les soupçons de charlatanisme" (n° 6506)

Orateurs: **Richard Miller, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé

Volksgezondheid		publique	
Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verstrekken van de pil en de morning-afterpil door centra voor gezinsplanning" (nr. 6516)	32	Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délivrance de pilules contraceptives et de pilules du lendemain par les centres de planning familial" (n° 6516)	32
<i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	33	Questions jointes de	33
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het offlabel gebruik van geneesmiddelen" (nr. 6529)	34	- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments utilisés off-label" (n° 6529)	33
- de heer Benoît Friart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de omkadering van het offlabel geneesmiddelengebruik" (nr. 6629)	34	- M. Benoît Friart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'encadrement de l'usage off-label des médicaments" (n° 6629)	33
<i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal keizersnedes" (nr. 6532)	36	Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les accouchements par césarienne" (n° 6532)	36
<i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toename van het aantal problematische cannabisgebruikers" (nr. 6550)	38	Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation du nombre de consommateurs problématiques de cannabis" (n° 6550)	38
<i>Sprekers: Els Van Hoof, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Els Van Hoof, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "cannabis als softdrug en gevaarlijke xtc-pillen" (nr. 6590)	40	Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cannabis comme drogue douce et les pilules d'ecstasy dangereuses" (n° 6590)	41
<i>Sprekers: Valerie Van Peel, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Valerie Van Peel, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rookverbod in de horeca en het sensibiliseringsbeleid" (nr. 6598)	44	Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de fumer dans l'horeca et la politique de sensibilisation" (n° 6598)	44
<i>Sprekers: Els Van Hoof, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Els Van Hoof, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	46	Questions jointes de	46
- de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het kostenplaatje van wijkgezondheidscentra" (nr. 6695)	46	- M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des maisons médicales" (n° 6695)	46
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wijkgezondheidscentra en medische huizen" (nr. 6794)	46	- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de santé de quartier et les maisons médicales" (n° 6794)	46

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "wijkgezondheidscentra" (nr. 7032)

46

Sprekers: **Anne Dedry, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de santé de quartier" (n° 7032)

46

Orateurs: **Anne Dedry, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "borstvoeding" (nr. 6741)

48

Sprekers: **Anne Dedry, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'allaitement maternel" (n° 6741)

48

Orateurs: **Anne Dedry, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 27 OKTOBER 2015

Namiddag

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

du

MARDI 27 OCTOBRE 2015

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 14.57 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.57 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 **Samengevoegde vragen van**

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "pilootprojecten in het kader van de ziekenhuisfinanciering" (nr. 6202)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisfinanciering" (nr. 6309)

01 **Questions jointes de**

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des projets pilotes dans le cadre du financement des hôpitaux" (n° 6202)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des hôpitaux" (n° 6309)

01.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, begin juni werd een oproep gelanceerd om thema's in te dienen. Het doel daarvan was zoveel mogelijk ideeën van op het terrein te verzamelen, om met concrete projecten van start te kunnen gaan. De thema's van de pilootprojecten moesten stroken met een aantal doelstellingen die ik nog eens heb opgelijst. Ik heb begrepen dat de deadline op 6 september lag.

Hoeveel projecten zijn er uiteindelijk binnengelopen? Zijn al die ingediende projecten ook aanvaard? Welke sectoren kwamen vooral in aanmerking? Is het mogelijk een overzicht te bezorgen van de ingediende projecten?

Welke volgende stappen zullen u en uw administratie concreet zetten?

Hebt u op basis van de ingediende projecten al een beslissing genomen over welke de thema's prioritair daarin zullen zijn?

Wat is de gemiddelde termijn voor die projecten? Over hoeveel jaren of maanden worden ze gespreid?

Welke ondersteuning krijgen ze?

01.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Début juin, un appel a été lancé en vue du dépôt de projets pilotes axés sur le thème du financement des hôpitaux.

Combien de projets ont-ils été introduits et combien d'entre eux ont-ils été approuvés?

Quels sont les thèmes prioritaires développés?

Qui se charge du suivi et du rapportage?

Des restrictions méthodologiques ont-elles été imposées?

Wie volgt de projecten precies op? Op welke manier wordt daarover gerapporteerd?

Tenslotte, wat zijn de voorwaarden inzake studieopzet? Is er een minimumaantal patiënten of zijn er andere methodologische beperkingen opgelegd met het oog op de uitkomst, om later te kunnen worden uitgerold? Als dat zo is, over welke uitkomsten gaat het dan? Wie gaat dat allemaal na?

01.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik zal kort zijn, want ik heb dezelfde vragen.

Er zijn ongeveer 500 projecten. Hoe verloopt de evaluatie? Is in een tussentijdse evaluatie voorzien? Wat is de duurtijd? Hoe zal de praktische uitwerking van de pilootprojecten verder verlopen, zoals mevrouw Van Camp ook al vroeg?

01.03 Minister Maggie De Block: Geachte collega's, hoe de projecten precies in elkaar moeten zitten, is gedetailleerd uitgewerkt in de projectoproep die wij net hebben gelanceerd en gepubliceerd. Die criteria werden in overleg met de betrokken beroepsgroepen opgesteld. Alleen zij weten immers hoe snel de implementatie van de projecten kan gaan en hoe snel men daarmee kan starten.

Bij de oproep van 6 september werden alle terreinwerkers uitgenodigd om thema's voor te stellen. Wij ontvingen 219 e-mails. Sommigen hadden meerdere themavoorstellen. Op basis daarvan werden 470 voorstellen geïdentificeerd.

Veel voorstellen werden door ziekenhuizen, directies, artsen en verpleegkundigen geformuleerd. Er kwamen evenwel ook voorstellen uit de sector van de thuiszorg en de ouderenzorg, van eerstelijns werkers, huisartsen, maar ook van apothekers, paramedici en geneesheer-specialisten.

Sommige voorstellen zijn ook door patiënten, patiëntenorganisaties, leveranciers van materiaal, consultancybedrijven, onderzoeksgroepen of onderwijsgroepen beantwoord.

De verschillende categorieën waarin ze kunnen worden onderverdeeld, zijn, ten eerste, de complexe thuiszorg verleend door verpleegkundig personeel en/of huisartsen. Er zijn ook een aantal voorstellen rond de oprichting van residentiële structuren voor tijdelijk verblijf, zoals herstelorders, zorghotels en revalidatiecentra. Een aantal voorstellen draait rond de verscheidene vormen van ambulante zorg, daghospitalisaties of zorg buiten het ziekenhuis. Een aantal voorstellen is gebaseerd op opvolging op afstand, zoals de telemonitoring. Een aantal voorstellen is gebaseerd op een herverdeling van taken tussen de ziekenhuizen. Een aantal voorstellen bracht ook een aantal ideeën over nieuwe behandelingsvormen binnen het ziekenhuis aan.

Er moest daarbij natuurlijk een hele inventaris worden gemaakt. Wij bestuderen die voorstellen in het kader van het overleg met zowel de vertegenwoordigers van de sector als met de administraties.

Er zal een selectie van een aantal thema's worden gemaakt, waarvoor de komende maanden oproepen tot kandidaatstellingen zullen

01.02 Nathalie Muylle (CD&V): Ces projets pilotes feront-ils l'objet d'une évaluation intermédiaire? Quelle sera leur durée?

01.03 Maggie De Block, ministre: Les modalités des projets ont été intégrées dans l'appel à projets qui vient d'être publié.

Nous avons reçu 219 e-mails et nous en avons dégagé 470 propositions. La plupart des réactions provenaient d'administrations hospitalières, de médecins et d'infirmiers, mais également du secteur des soins à domicile, d'acteurs de première ligne, de médecins généralistes, de pharmaciens, d'auxiliaires paramédicaux, d'associations de patients et de groupes de recherche.

Les projets concernent notamment les soins complexes à domicile fournis par du personnel infirmier ou par des médecins généralistes, les structures résidentielles pour séjours temporaires, les diverses formes de soins ambulatoires, d'hospitalisations de jour ou de soins en dehors des hôpitaux, le suivi à distance, une nouvelle répartition des tâches et de nouvelles formes de traitement.

Plusieurs thèmes seront choisis, puis un appel aux candidats aura lieu dans les prochains mois. Le premier appel, organisé en juillet 2015, concernait l'accouchement avec retour précoce à domicile. Les partenaires intéressés pourront calculer en octobre le budget dont ils pourront disposer pour leur projet pilote. Les premiers projets

worden gelanceerd. Wij zullen die oproepen sequentieel en natuurlijk niet allemaal op hetzelfde ogenblik lanceren. Het is soms interessant de ene oproep na de andere te doen.

Zoals u weet, werd in juli 2015 de eerste oproep gelanceerd rond het thema "Bevallen met een kort ziekenhuisverblijf".

Voor deze eerste oproep kregen de geïnteresseerde partners tijd tot 30 september om een intentieverklaring – wens tot deelname – in te sturen. In de loop van oktober krijgen zij de mogelijkheid om via een rekenmodel de budgetgarantie precies te berekenen. Tegen eind oktober moeten zij een definitieve kandidaatsstelling indienen. Zij krijgen met andere woorden de berekening van wat zij voor hun pilootproject zouden ontvangen vooraleer zij moeten beslissen om eraan deel te nemen. Zij springen dus niet zomaar in het diepe.

Het is de bedoeling om de goedgekeurde pilootprojecten rond bevallen met een verkort ziekenhuisverblijf begin 2016 te kunnen opstarten. De details van de oproep tot kandidaatsstelling vindt u terug op de website van het RIZIV, van de FOD Volksgezondheid en mijn professionele website. Het is de bedoeling om deze pilootprojecten gedurende een periode van twee jaar te laten lopen. Deze periode kan eventueel met een jaar worden verlengd.

In de oproep werd ook gepreciseerd dat de opvolging en de evaluatie van de projecten gedeeltelijk zal gebeuren aan de hand van de criteria die de projectpartners zelf mogen voorstellen, overeenkomstig de doelstellingen van de gewijzigde organisatiwijze, en gedeeltelijk aan de hand van criteria die door de overheid worden vastgelegd. Dit zal bovendien gebeuren per geselecteerd thema. Eerst worden de thema's vastgelegd en daarna de criteria.

Wij kunnen de thema's laten bezorgen aan de commissieleden, mevrouw de voorzitter. De inhoud van de pilootprojecten ligt natuurlijk iets moeilijker. Het is niet omdat dit naar ons wordt gestuurd dat dit mijn bezit is en ik het kan publiceren. De indieners bevinden zich in een min of meer concurrentiële markt. Ook de budgettaire gevolgen zijn voor hen van belang.

01.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt. Wij kijken uit naar het verdere verloop.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van mevrouw Inez De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wachtdienst voor apothekers" (nr. 6226)

02 Question de Mme Inez De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le service de garde des pharmaciens" (n° 6226)

02.01 Inez De Coninck (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb u hieromtrent een vraag gesteld voor het reces en toen antwoordde u enerzijds dat u zou nagaan of het mogelijk is om de wachtdienst voor apothekers bekend te maken via de website www.apotheek.be, uiteraard op voorwaarde dat de veiligheid van de apothekers gegarandeerd is. Anderzijds zou u onderzoeken of het mogelijk is om de wachtdienst voor apothekers te integreren in het systeem van het gratis nummer 1733.

pilotes démarreront début 2016 et dureront deux ans.

Le suivi et l'évaluation se dérouleront en partie à l'aide de critères proposés par les partenaires des projets et en partie sur la base de critères fixés par les pouvoirs publics.

Nous ferons parvenir une liste des thèmes aux membres de la commission. Je ne puis cependant pas dévoiler la teneur des projets pilotes, pour des raisons de concurrence et eu égard aux conséquences budgétaires pour les partenaires.

02.01 Inez De Coninck (N-VA): En réponse à une question ayant trait au service de garde des pharmaciens, la ministre a déclaré avant les vacances parlementaires qu'elle étudierait la possibilité de mettre en ligne ce service et de l'intégrer au numéro gratuit 1733.

De dienstverlening omtrent de wachtdienst voor apothekers blijft een pertinent probleem. *De Apothekerskrant* schonk er dan ook aandacht aan op de voorpagina. Ondertussen bereikten mij ook nieuwe klachten, met name dat het callcenter dat nu operationeel is, doelbewust gesprekken zou rekken om de inkomsten te verhogen.

Welke stappen hebt u sindsdien genomen in het dossier? Wat zijn de volgende stappen die u zult ondernemen en hebt u hiervoor een timing?

Wanneer verwacht u de resultaten van het onderzoek waarnaar u in het antwoord op de vorige vraag verwees?

02.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Inez De Coninck, u kreeg reeds een antwoord op een soortgelijke vraag. Ondertussen werden door de bevoegde autoriteit bij de FOD Volksgezondheid volgende actoren gecontacteerd: de APB, Ophaco, de Orde van Apothekers, het FAGG, de provinciale geneeskundige commissies, de gezondheidsinspecteurs en het departement van Binnenlandse Zaken, om een overleg hierover te hebben.

Sinds begin 2015 werd het begeleidingscomité dat verantwoordelijk is voor de opvolging en de evaluatie van het plan van huisartsenwachtdiensten verruimd met de andere beroepsbeoefenaars, om in de toekomst naar een uitbreiding te gaan waarbij ook verschillende andere wachtdiensten zijn opgenomen, zoals de apothekers.

Aangezien de uitrol van het project 1733 nog lopende is en dus nog niet afgerond is, is het op dit ogenblik niet mogelijk om ook onmiddellijk de wachtdiensten van de officine apotheken hierin te integreren. Die uitbreiding is gepland, maar hangt onder meer af van de technische en fysieke middelen van de 112-centrales.

De terbeschikkingstelling van dat systeem zal dan ook slechts stapsgewijs kunnen gebeuren.

Wij blijven nog altijd zoeken naar een duurzame oplossing, ondertussen contact houdend met de actoren op het terrein, om ook op zoek te gaan naar een meer pragmatische oplossing, waarbij zowel de veiligheid van de apothekers als een legitieme dienstverlening aan de bevolking wordt gewaarborgd.

02.03 **Inez De Coninck** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor de inspanningen die u al geleverd hebt.

Toch dring ik aan om werk te maken van een oplossing voor het probleem door ervoor te zorgen dat de wachtdienst voor apothekers niet langer betalend is. Het lijkt mij een basisdienstverlening waarop iedere burger, ook degene die bijvoorbeeld geen belkrediet meer heeft, op elk ogenblik een beroep moet kunnen doen. Enerzijds speelt het element van de veiligheid van de apothekers, maar anderzijds is er ook de basisdienstverlening, waarbij apothekers bereikbaar moeten zijn zonder dat de mensen zoveel euro's moeten betalen voor een telefoongesprek. Wij zullen dat probleem blijven opvolgen.

Mais entre-temps de nouvelles plaintes de nature diverse me sont parvenues. Le call center prolongerait sciemment les communications pour augmenter ses revenus.

Quelles démarches la ministre a-t-elle entreprises et quelles autres mesures a-t-elle l'intention de prendre?

02.02 **Maggie De Block**, ministre: Toutes les parties concernées ont été réunies en vue d'une concertation. Le comité d'accompagnement des services de garde a été élargi début 2015. Conséquence: les pharmaciens, notamment, pourront y être intégrés également à terme.

Pour le moment, il n'est pas encore possible d'intégrer directement les pharmaciens au numéro 1733. Cet élargissement a effectivement été programmé mais est aussi tributaire des moyens techniques des centraux 112. Nous continuons à rechercher une solution durable et pragmatique qui garantirait tant la sécurité des pharmaciens qu'un bon service à la clientèle.

02.03 **Inez De Coninck** (N-VA): J'insiste pour qu'il soit fait en sorte que le numéro d'appel du service de garde des pharmaciens ne soit plus payant. Il s'agit en réalité d'un service de base auquel chacun devrait pouvoir recourir.

02.04 Minister **Maggie De Block**: U ziet dat het de bedoeling is om op termijn een en ander te integreren en dan bereiken wij het punt dat u beoogt. Op het terrein blijkt dat echter allemaal niet meteen technisch haalbaar en daar moeten wij akte van nemen, ook al is dat niet plezant. Wij blijven ons doel nastreven.

02.04 **Maggie De Block**, ministre: À terme, c'est finalement aussi notre objectif. Cependant, certains points ne sont pas encore directement réalisables sur le terrain d'un point de vue technique.

02.05 **Inez De Coninck** (N-VA): Mevrouw de minister, ik meen dat wij allemaal dat doel nastreven.

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

03 Question de Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête sur les services d'urgence prévue pour la fin 2015" (n° 6252)

03 Vraag van mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tegen eind 2015 geplande onderzoek naar de spoeddiensten" (nr. 6252)

03.01 **Caroline Cassart-Mailleux** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, en 2011 une enquête menée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) avait passé au crible les factures envoyées à 3 173 patients qui s'étaient présentés dans l'un des 103 services d'urgence. Très souvent, cela avait mis en lumière des problèmes qui débouchent sur des surcoûts inutiles dans les remboursements à charge de la collectivité. Les hôpitaux semblaient également en profiter pour gonfler artificiellement leurs rentrées financières.

C'est la raison pour laquelle j'ai été heureuse d'apprendre que vous aviez l'intention d'ouvrir une enquête sur les services d'urgence d'ici la fin de l'année 2015. En effet, ceux-ci coûtent chaque année 70 millions d'euros à l'INAMI. Si des abus de la part des patients mais aussi des établissements hospitaliers s'avèrent nombreux, il convient d'y remédier. De plus, il me semble intéressant de signaler que 10 % des appels au 112 sont abusifs. Il est très fréquent que des personnes composent le 112 car elles n'ont pas envie de patienter dans la salle d'attente du médecin généraliste. Le problème réside dans le fait que les abus sont difficilement évitables, sans oublier qu'aucune sanction ne peut être infligée à ceux qui confondent l'ambulance avec un accès VIP aux soins médicaux.

Madame la ministre, disposez-vous d'un agenda concernant votre enquête sur les services d'urgence? Si oui, pouvez-vous me le communiquer? Pouvez-vous me dire quelle sera votre méthodologie pour ce qui concerne cette enquête? En cas de problème, pouvez-vous me dire quelle sera votre attitude? Une sanction directe sera-t-elle envisagée ou se contentera-t-on de donner un avertissement? Pouvez-vous me faire part de votre position en matière d'appels abusifs vers le numéro 112? N'est-il pas possible d'instaurer une sanction ou de trouver une solution à ce problème?

03.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame Cassart, comme annoncé précédemment, cette année encore, le service de contrôle compétent de l'INAMI donnera une suite à l'étude sur les services d'urgence, à laquelle vous faites référence dans votre question.

Le calendrier précis est en cours d'élaboration. Si la méthodologie n'est pas encore définitivement choisie, le Service d'évaluation et de

03.01 **Caroline Cassart-Mailleux** (MR): Uit een onderzoek van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) over de factureringen van de spoeddiensten blijkt dat er onnodige kosten worden aangerekend en dat de gemeenschap onnodig op kosten wordt gejaagd via onrechtmatige terugbetalingen. De ziekenhuizen zouden ervan profiteren om hun winst op te drijven. De spoeddiensten kosten het RIZIV 70 miljoen euro per jaar. Bovendien wordt in een op de tien gevallen het nummer 112 onrechtmatig gebeld.

U zou in dit verband ook zelf nog een onderzoek plannen. Wanneer en op welke manier zult u dat laten uitvoeren? Zullen onrechtmatige oproepen naar de dienst 112 worden bestraft?

03.02 Minister **Maggie De Block**: De controledienst van het RIZIV zal nog dit jaar werk maken van de studie betreffende de nooddiensten. Het tijdpad en de methode worden momenteel bepaald. Om een maximaal effect te sorteren is

contrôle médicaux étudie quelques options en fonction de leur rendement potentiel et de l'investissement en moyens requis.

Il va de soi, pour obtenir un effet maximal, de ne pas diffuser d'informations au préalable. L'attitude et les réactions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux dépendent de la nature et de la gravité des constatations.

D'autres facteurs entrent en ligne de compte: l'importance des infractions, le nombre relatif et la valeur des montants récupérables, c'est-à-dire les paiements indus par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux dispose d'outils préventifs et aussi répressifs, qui vont des actions de sensibilisation sur les récupérations, aux procédures visant à infliger des amendes supplémentaires. Mon administration a collaboré avec le SPF Intérieur et l'Institut belge des services postaux et des télécommunications (IBPT), afin de créer un cadre légal, qui permettra au centre d'appel unifié de bloquer les appels malveillants.

Un accord est intervenu entre les différents partenaires représentant les services de secours. Il n'y a pas de sanction financière prévue mais bien un blocage de numéros après avoir respecté une procédure de plusieurs avertissements.

Le projet d'arrêté royal est actuellement soumis au ministre compétent Alexander De Croo, en charge des Télécommunications.

03.03 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse complète. Je comprends qu'on ne peut pas tout dire en commission pour que cette enquête puisse se dérouler au mieux. Je pense qu'elle devra être terminée d'ici la fin de l'année. Je reviendrai donc vers vous à ce moment-là pour connaître votre position.

Je souhaite vraiment que ces abus puissent être sanctionnés. Les salles d'attente dans les hôpitaux ne doivent pas être engorgées si certains patients peuvent être pris en charge par des médecins généralistes de garde. Il faut essayer de trouver des solutions pour que chacun trouve sa place et puisse être soigné au bon endroit.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "injectienaalden" (nr. 6264)

04 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les seringues" (n° 6264)

04.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb er in april ook vragen over gesteld. U hebt toen gezegd dat als zou blijken dat die klokkenluider het niet bij het rechte eind had, hiertegen zou worden opgetreden. Bij de start van dit jaar wil ik u dus vragen hoe het staat met dit onderzoek. Hoe staat het nu met het Europees kader dat in deze zin moest worden uitgewerkt met betrekking tot de regelgeving voor medische hulpmiddelen?

het wenselijk dat er van tevoren geen informatie wordt verspreid. De houding en de reacties zullen afhangen van de aard en de ernst van de vaststellingen.

De DGECC beschikt over preventieve en repressieve instrumenten. Mijn administratie heeft met het BIPT samengewerkt om een wettelijk kader te creëren dat het eenvormig oproepcentrum de mogelijkheid biedt om kwaadwillige oproepen te blokkeren.

De hulpdiensten hebben afgesproken dat het nummer van de oproeper na verscheidene waarschuwingen geblokkeerd kan worden, maar er is niet in een financiële sanctie voorzien.

Minister De Croo, die bevoegd is voor Telecommunicatie, buigt zich momenteel over het ontwerp van koninklijk besluit.

03.03 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Aangezien er nu discretie vereist is, zal ik u na afloop van het onderzoek opnieuw een vraag stellen.

Misbruik moet bestraft worden, want de ziekenhuizen mogen niet overspoeld worden door patiënten die bij de huisarts met wachtdienst terecht kunnen.

04.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Quel est l'état d'avancement de l'enquête sur les seringues et où en est l'élaboration de règles européennes sur les dispositifs médicaux?

04.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, zowel de inspecties als het toxicologisch onderzoek zijn intussen afgerond. Uit de inspecties is gebleken dat Terumo sedert 2012 op de hoogte is van het feit dat de gebruikte lijm soms kan uiteenvallen waardoor de zogenaamde bisfenol A diglycidylether of BADGE vrijkomt.

Reeds vanaf het begin heeft Terumo onderzoeken gedaan naar de mogelijke toxiciteit van deze substantie en naar de mogelijkheid om een andere lijm, een ander hubdesign of een ander fabricageproces te ontwikkelen om dit te voorkomen. Tot op heden is er echter geen methode die het verschijnsel van de separatie van die lijm volledig kan stoppen. De vorderingen van Terumo in dit proces worden door de inspectiediensten van het FAGG op de voet gevolgd.

Uit het toxicologisch onderzoek van het FAGG gebaseerd op een literatuurstudie, de resultaten van het onderzoek van het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en de resultaten van de onderzoeken door Terumo is echter gebleken dat er geen gevaar is geweest voor de volksgezondheid bij het normale gebruik van deze naalden.

Bijkomende toxicologische tests, uitgevoerd op vraag van het FAGG, bevestigen eerdere resultaten en ondersteunen dus de conclusie.

Uit de onderzoeken van het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu is gebleken dat niet alleen de naalden van Terumo deeltjes en BADGE bevatten, maar ook de naalden van verschillende andere fabrikanten. Daarom zullen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Rijksinstituut aan het einde van het jaar een congres organiseren voor alle fabrikanten van injectienaalden die hun goederen op de Europese markt verkopen. Het FAGG zal ook spreken op dat congres. Het doel ervan is de sensibilisatie van alle fabrikanten van injectienaalden.

De identiteit van de klokkenluider is niet bekend bij het FAGG. Hij heeft zich enkel gemeld bij onze collega's van de Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het FAGG zal geen stappen ondernemen, noch tegen de klokkenluider, noch tegen het productiehuis. Het is de taak van het agentschap om bij de minste twijfel al het mogelijke te doen om zeker te zijn dat de volksgezondheid wordt gevrijwaard. In dit dossier heeft het FAGG dat dan ook gedaan en daarmee is de kous af.

In het kader van de toekomstige Europese regelgeving en tijdens de zitting van 19 juni 2015 heeft de Raad een algemene aanpak over de voorstellen van de Europese Commissie met betrekking tot medische hulpmiddelen en de in-vitrodiagnostica goedgekeurd. Een evenwichtig compromis werd gevonden, waarmee de kwaliteit van de hulpmiddelen op de markt kan worden verhoogd. De voorstellen zullen nu het onderwerp uitmaken van een triloog tussen het Parlement, de Commissie en de Raad. Er wordt verwacht dat de onderhandelingen begin 2016 kunnen worden afgerond.

Wij blijven dus waakzaam. Klokkenluider of niet, als er vermoedens zijn, dan moet er een onderzoek door het FAGG gebeuren.

04.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik dank u.

04.02 **Maggie De Block**, ministre: Tant les inspections que l'étude toxicologique sont achevées. Les inspections ont révélé que Terumo sait depuis 2012 que la colle utilisée pour la fabrication des seringues se décompose parfois, libérant ainsi du bisphénol-A-diglycidyléther ou BADGE.

D'emblée, Terumo a entrepris des recherches sur la toxicité de la substance et d'éventuels produits de substitution. Aucune méthode n'a pour l'heure été trouvée pour empêcher la décomposition de la colle. L'AFMPS suit les travaux réalisés, mais les recherches effectuées par l'agence ont démontré que la santé publique n'avait jamais été menacée.

Des études néerlandaises ont révélé la présence de petites particules et de BADGE dans les seringues d'autres fabricants. C'est pourquoi à la fin de l'année, l'Inspectie voor de Gezondheidszorg et le Nederlandse Rijksinstituut organiseront un congrès auquel seront invités tous les fabricants de seringues destinées au marché européen.

L'AFMPS ignore l'identité du lanceur d'alerte et ce n'est du reste pas nécessaire. Elle a tout fait pour préserver la santé publique et l'affaire est close.

Dans le cadre de la future réglementation européenne, le Conseil a adopté un accord sur l'orientation générale des propositions de la Commission relatives aux dispositifs médicaux et aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. Les propositions feront l'objet d'une procédure de concertation entre le Parlement, la Commission et le Conseil qui devrait s'achever début 2016.

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

05 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ondersteuning van apothekers" (nr. 6265)

05 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le soutien apporté aux pharmaciens" (n° 6265)

05.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, huisartsen zijn de spilfiguren in de eerstelijnszorg. Zij worden daarin goed ondersteund. Zo krijgen zij bijvoorbeeld impulsen voor het bijhouden van het Globaal Medisch Dossier, voor ICT, voor een secretariaat, enzovoort.

Ook apothekers hebben een sleutelrol in de eerstelijnszorg. Zij betalen echter 10 euro per maand om toegang te krijgen tot het GMD. Na het afschaffen van de SIS-kaart zijn zij genooddacht zich online te connecteren. Verder krijgen zij te maken met een toenemende administratielast. Om bijvoorbeeld een honorering te bekomen voor educatie moeten zij dat uitgebreid registreren.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen. Welke ondersteuning bestaat er voor een apotheek? Dat lijkt mij in vergelijking met de huisartsen immers een pak minder. Wat is daarvoor de reden? Is er op termijn een plan om dit te herbekijken?

05.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, er worden al verschillende jaren besprekingen gevoerd met de farmaceutische sector om meer rekening te houden met de toegenomen rol van de apotheek als begeleider van de patiënt en met het verbeteren van de kwaliteit van de farmaceutische zorgen, zoals correct gebruik en therapeutische adherentie.

Zo werd er in april 2010 een heel nieuw verloningssysteem van de apothekers ingevoerd dat een link legt tussen de goede farmaceutische praktijken en een juiste vergoeding van de geleverde diensten. De verloning van de apothekers voor het afleveren van een vergoedbaar geneesmiddel is nu in meer dan 80 % van de gevallen onafhankelijk van de prijs van het geneesmiddel. Vroeger was dat helemaal niet het geval en stond dat altijd in relatie tot de prijs.

Dit systeem werd ontworpen om mee te evolueren met de rol van de apotheker en is dus ook aanpasbaar. Zo wordt sinds september 2013 het honorarium voor de zogenaamde eerste aflevering vervangen door een begeleidingsgesprek nieuwe medicatie voor de chronische astmapatiënten die voor het eerst inhalatiecorticosteroïden ontvangen.

Ook een uitbreiding van de inclusiecriteria wordt momenteel verder onderzocht.

Er kunnen ook andere verstrekkingen door apothekers worden overwogen, maar wij wachten op voorstellen van de sector, die dan kunnen worden besproken door de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen, een commissie die binnen het RIZIV zetelt.

05.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Les médecins généralistes ne sont pas les seuls à jouer un rôle clé dans les soins de première ligne, c'est également le cas des pharmaciens. Alors que le premier groupe est bien aidé dans cette mission, c'est beaucoup moins le cas des seconds qui non seulement doivent déboursier 10 euros par mois pour avoir accès au dossier médical global mais qui sont également confrontés à une charge administrative de plus en plus lourde.

D'où provient cette différence et que comptez-vous faire pour y remédier?

05.02 Maggie De Block, ministre: Une concertation est en cours depuis des années avec le secteur pharmaceutique à propos du rôle croissant du pharmacien en tant qu'accompagnateur du patient et de l'amélioration de la qualité des soins pharmaceutiques. Un tout nouveau système de rémunération des pharmaciens a d'ailleurs été instauré en avril 2010, avec un lien entre les bonnes pratiques pharmaceutiques et une rémunération correcte, et un système de rémunération qui, dans plus de 80 % des cas, est maintenant dissocié du prix du médicament. Le système a également été conçu pour évoluer en même temps que le rôle du pharmacien. Une extension des critères d'inclusion est également envisagée. Quant à d'autres prestations que pourraient effectuer les pharmaciens, nous attendons que le secteur nous fasse des propositions qui pourront alors être discutées au sein de la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs.

De Overeenkomsten- en Akkoordencommissies hebben elk binnen hun partiële begrotingsdoelstelling beslissingen genomen omtrent de middelen die zij aan informaticapremies willen besteden.

In het verleden werden er informaticapremies uitgekeerd aan de apothekers voor aanschaf van informaticamateriaal. Men wacht nu op het efficiënt gebruik ervan.

Nog dit jaar zal er ook een koninklijk besluit worden gepubliceerd om een premie van 400 euro toe te kennen aan de apothekers om bij te dragen aan de uitbouw van e-health. De storting van de premie is verbonden aan het respecteren van de verschillende voorwaarden als het gebruik van mycare.net, elektronische raadpleging van hoofdstuk 4 inzake geneesmiddelen en recipe.

Ten slotte moet worden vastgesteld dat de apothekers binnen Volksgezondheid nog steeds niet beschikken over een adviesorgaan dat zich buigt over de ontwikkeling van hun beroep en over kwaliteitsindicatoren bij de uitoefening hiervan. In dit kader is een overleg met de decanen van de faculteiten Farmacie en de beroepsvereniging over de oprichting van een Raad voor Apothekers gepland. Dit is te zien naar analogie met de raden binnen Volksgezondheid voor andere zorgberoepen zoals ook omschreven in de wet van 10 mei 2015 over de gezondheidszorgberoepen. Dergelijke raad zou sneller een door de hele sector gedragen advies kunnen geven, wat dan ook sneller zou kunnen worden besproken.

Het KB voor die 400 euro extra komt eraan, met natuurlijk de voorwaarde om te werken via het e-healthplatform.

Les commissions de conventions et d'accords ont pris chacune de leur côté des décisions ayant trait à leurs moyens pour l'octroi de primes informatiques grâce auxquelles les pharmaciens ont déjà pu acquérir du matériel informatique. Avant la fin de l'année, un arrêté royal sera promulgué afin d'octroyer 400 euros aux pharmaciens aux fins de la mise en place de la plateforme eHealth, sous certaines conditions, notamment bien sûr l'utilisation de cette plateforme.

Les pharmaciens ne disposent pas encore d'un organe consultatif pour le développement de leur profession et pour les indicateurs qualitatifs requis. C'est la raison pour laquelle une concertation a été prévue avec les facultés de pharmacie et l'association professionnelle des pharmaciens au sujet de la création d'un Conseil des Pharmaciens qui serait à même de formuler plus rapidement des avis soutenus par l'ensemble du secteur.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prime d'attractivité pour les infirmiers" (n° 6266)

06 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de attractiviteitspremie voor verpleegkundigen" (nr. 6266)

La **présidente**: Je suppose que votre question concerne aussi bien les infirmiers que les infirmières.

06.01 André Frédéric (PS): Vous supposez bien, madame la présidente, il n'y a évidemment pas de discrimination.

Madame la ministre, votre prédécesseur, Laurette Onkelinx, avait mis en place un plan d'attractivité pour la profession d'infirmière en 2010. Dans ce cadre, une prime est octroyée aux infirmiers et infirmières possédant une qualification professionnelle particulière ou un titre particulier.

Ce plan était un engagement fort destiné à promouvoir l'attractivité de la profession là où les besoins s'en faisaient sentir. Il a bien sûr dû être mis en œuvre en fonction des budgets qui étaient alors disponibles. Plusieurs questions se posent aujourd'hui concernant la prime d'attractivité en particulier.

Ainsi, les infirmiers détenteurs d'un titre ou d'une qualification

06.01 André Frédéric (PS): Verpleegkundigen die houder zijn van een titel of beroepskwalificatie in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie hebben enkel recht op de premie die wordt toegekend in het kader van het attractiviteitsplan dat destijds door minister Onkelinx werd ingevoerd, indien ze werken in de ziekenhuisdiensten A (neuropsychiatrische diensten voor observatie en behandeling), T (neuropsychiatrische diensten voor de behandeling van volwassen patiënten) en Sp (gespecialiseerde diensten voor de

professionnelle particulière d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie ne peuvent actuellement bénéficier de cette prime que s'ils exercent au sein des services hospitaliers A (services neuropsychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes), T (services neuropsychiatriques pour le traitement de malades adultes) et Sp (services spécialisés pour le traitement et la réadaptation des affections psychogériatriques).

Un certain nombre d'infirmiers possédant leur TPP/QPP en psychiatrie ne peuvent donc percevoir cette prime car ils travaillent au sein d'autres programmes de soins (service neuropsychiatrique d'observation et de traitement d'enfants, service de santé mentale, maison de soins psychiatrique, salle d'urgence agréée en psychiatrie).

Madame la ministre, eu égard à l'importance que représentent aujourd'hui les soins en santé mentale et le développement qui les attend notamment en dehors des services hospitaliers, envisagez-vous une extension de la prime pour ces infirmiers?

De manière plus générale, envisagez-vous de modifier les conditions d'octroi de cette prime? Il me revient que celle-ci pourrait être intégrée dans le cadre de la future réforme du financement des hôpitaux. Pourriez-vous me dire ce qu'il est en et, en tout cas, me confirmer qu'elle sera bien maintenue?

06.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, il est en effet exact qu'un infirmier agréé pour un titre particulier ou une qualification particulière en santé mentale peut recevoir une prime lorsqu'il travaille dans un service quand les normes d'agrément requièrent une telle spécialisation.

L'objectif a toujours été d'accorder une prime aux infirmiers agréés pour un titre ou une qualification, travaillant à l'hôpital dans un service Programme de soins ou fonction agréée qui exige cette spécialisation ou en maison de repos, maison de repos et de soins.

En ce qui concerne les services K, psychiatrie infantile et IB et les projets 107, aucune prime n'est encore octroyée puisque la spécialisation n'est pas requise par les normes.

Mevrouw Muylle heeft daarover touwens ook al vragen gesteld.

Il a toujours été dit que le budget était insuffisant pour financer tous les infirmiers qualifiés par un titre professionnel particulier ou une qualification professionnelle particulière dans tous les secteurs fédéraux de la Santé.

Il a été estimé que les primes couvriraient les titres professionnels particuliers et les qualifications professionnelles particulières au fur et à mesure qu'ils seraient légalisés par un arrêté ministériel, puisque la liste est déjà fixée dans l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier.

Comme vous le savez et comme vous le suggérez, on travaille à une révision de l'arrêté royal n° 78 en donnant une attention particulière aux infirmiers car ils forment un groupe très important parmi les prestataires de soins. L'octroi actuel de titres et de qualifications à

behandeling en de revalidatie van patiënten met psychogeriatrische aandoeningen). Verpleegkundigen die binnen andere zorgprogramma's actief zijn, hebben geen recht op de premie.

Bent u van plan die premie ook aan de andere verpleegkundigen toe te kennen of komt er een wijziging van de toekenningsvoorwaarden? Zal de premie wel degelijk behouden blijven in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering?

06.02 Minister Maggie De Block: Een verpleegkundige met een erkenning voor een bijzondere beroepstitel of bijzondere beroepsbekwaamheid in de geestelijke gezondheidszorg kan een premie krijgen indien hij werkzaam is bij een dienst waarvoor een dergelijke specialisatie vereist is. Voor K-diensten, diensten kinderpsychiatrie en 107-projecten wordt er geen premie toegekend, aangezien de specialisatie daar niet vereist is.

Er zijn onvoldoende middelen voorhanden om alle verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel of bijzondere beroepsbekwaamheid in alle geledingen van de federale gezondheidszorg een premie te geven. De lijst van titels en bekwaamheden werd vastgesteld bij een koninklijk besluit van 2006, en er werd van uitgegaan dat alle verpleegkundigen met zo een titel of bekwaamheid een premie zou kunnen krijgen, naarmate de erkenningscriteria bij ministerieel besluit zouden worden vastgesteld.

certaines spécialisations dans certains services n'est plus tenable. Non seulement en raison d'un impact budgétaire, mais aussi précisément en raison des inégalités qui existent au sein d'un même groupe professionnel.

C'est la raison pour laquelle je me base sur une vision générique de la spécialisation, non seulement dans les soins de santé mentale mais aussi dans les soins aigus, les soins chroniques et les soins mère et enfant.

Dans ce contexte, nous examinons, conjointement avec les partenaires sociaux et l'Institut de Classification de Fonctions, comment il faut valoriser les spécialisations. Nous espérons trouver une solution pour éviter une inégalité parmi les prestataires de soins.

De toekenning van titels en bekwaamheden aan bepaalde specialisaties in sommige diensten is niet langer houdbaar, om budgettaire redenen, maar ook omdat ze aanleiding geeft tot ongelijkheid binnen de beroepsgroep. Ik sta een brede visie voor op specialisatie in de geestelijke gezondheidszorg, de acute zorg, de chronische zorg en de verzorging van moeder en kind.

Samen met de sociale partners en het Instituut voor Functieclassificatie gaan we na hoe we de specialisaties kunnen waarderen zonder de zorgverleners ongelijk te behandelen.

06.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. On peut toujours éliminer les différences en allant vers le bas plutôt que vers le haut. J'ai pris bonne note du fait que l'objectif est bien de valoriser l'ensemble des personnes spécialisées dans la fonction infirmière. En milieu rural, c'est le genre de qualification qui n'existe plus, il n'y a plus d'attrait pour le métier.

J'habite dans l'est de la Belgique et je peux vous dire que les infirmières qui se spécialisent sont engagées à la sortie de l'école en France, au Luxembourg ou en Allemagne mais pas dans nos régions. Il faut garder un œil très attentif pour ces gens qui se forment et qui ont une spécialisation particulière.

06.03 André Frédéric (PS): Men kan de verschillen altijd wegwerken door naar beneden te nivelleren, in plaats van naar boven! Ik onthoud dat u een premie wil toekennen aan alle verpleegkundigen die zich specialiseren. In de streek waar ik woon, worden ze aangeworven zodra ze zijn afgestudeerd, maar dan wel in het buitenland. In landelijke gebieden is het beroep van verpleegkundige niet aantrekkelijk meer.

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

07 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la possible exposition des hôpitaux à la menace terroriste" (n° 6273)

07 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terroristische dreiging tegen ziekenhuizen" (nr. 6273)

07.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, nous avons pu lire dernièrement dans la presse que d'aucuns s'inquiètent du fait que les hôpitaux pourraient être pris pour cible par des groupes terroristes. À cet égard, certains plaident notamment pour une adaptation de la législation relative à la sécurité des hôpitaux ou estiment que les autorités devraient analyser la réalité et l'ampleur du risque pour dispenser des conseils afin que les bâtiments publics puissent faire face de la meilleure manière à ces possibles nouvelles menaces.

07.01 Daniel Senesael (PS): Gelet op de terreurdreiging tegen ziekenhuizen pleiten sommigen ervoor dat de wetgeving wordt aangepast, de autoriteiten de omvang van het risico analyseren en adviezen vertrekken over de manier waarop men het best met dergelijke bedreigingen kan omgaan.

Madame la ministre, des contacts avec le ministre de l'Intérieur ont-ils été pris à ce sujet? Les services compétents ont-ils mené une analyse de la réalité de ce prétendu risque? Si oui, les services estiment-ils que la crainte est fondée ou, en tout cas, que la menace est en effet significativement plus élevée que pour d'autres lieux accessibles au

Werd er al contact met de minister van Binnenlandse Zaken opgenomen? Hebben de bevoegde diensten dat vermeende risico geanalyseerd? Zo ja, worden zie-

public? Dans l'affirmative, et sans chercher à renforcer les inquiétudes qui peuvent déjà exister chez les patients, chez les accompagnants et chez le personnel hospitalier, des recommandations particulières ont-elles été adressées aux hôpitaux pour réduire ce risque au minimum?

07.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, il convient de distinguer la sécurité des bâtiments et leur protection, par exemple par les services de police.

Depuis la sixième réforme de l'État, les normes de sécurité pour les infrastructures hospitalières relèvent de la compétence des entités fédérées. Nous pouvons vous faire remarquer que de nombreuses mesures ont déjà été prises dans les hôpitaux, souvent en concertation avec les zones de police, notamment pour prévenir le vol de biens appartenant aux patients.

La question de la sécurité que vous abordez est néanmoins d'un autre ordre. En l'occurrence, je puis vous indiquer que le gouvernement se soucie en permanence de garantir la sécurité de nos concitoyens, y compris dans les hôpitaux.

Les mesures qui doivent être prises pour pouvoir faire face à une menace terroriste visant les hôpitaux sont évaluées et décidées par le gouvernement de la même manière que pour toutes les autres circonstances dans lesquelles cette menace peut se présenter. Le gouvernement traite de manière adéquate les avis autorisés en termes d'analyse de risque qu'il reçoit à cet égard. S'ils recommandent de prendre des mesures particulières pour protéger les hôpitaux, en ma qualité de membre du gouvernement, je les prendrai en considération avec le plus grand sérieux.

07.03 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je vous remercie également pour l'attention particulière que vous portez à ce dossier ainsi que pour la gestion de ce dernier, l'objectif étant d'assurer la sécurité.

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

La **présidente**: Les questions n° 6300 de Mme Sonja Becq et n° 6310 de Mme Nathalie Muylle sont transformées en questions écrites.

kenhuizen significant meer bedreigd dan andere voor het publiek toegankelijke plaatsen? Zo ja, hebben de ziekenhuizen specifieke aanbevelingen ontvangen om dat risico te beperken?

07.02 Minister Maggie De Block: Men moet een onderscheid maken tussen de veiligheid en de bescherming van de gebouwen door de politie- en veiligheidsdiensten. Sinds de zesde Staatshervorming zijn de deelgebieden bevoegd voor de veiligheid van de ziekenhuizen. Er werden tal van maatregelen genomen in overleg met de lokale politiezones. Maar het probleem waar u het over heeft is van een andere orde. Op grond van de ontvangen risicoanalyses oordeelt de regering welke maatregelen er moeten worden genomen om het hoofd te bieden aan een terreurdreiging tegen ziekenhuizen. Ik zal de aanbevelingen die me overgelegd worden met de grootste ernst in overweging nemen.

De **voorzitter**: Vragen nr. 6300 van mevrouw Becq en nr. 6310 van mevrouw Muylle worden omgezet in schriftelijke vragen.

08 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kwaliteitsgaranties en de wachtdienst van de dokterspraktijk in Brussel-Centraal" (nr. 6314)

08 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les garanties de qualité et le service de garde du cabinet médical de Bruxelles-Central" (n° 6314)

08.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in uw antwoord op mijn schriftelijke vraag over de dokterspraktijk in het station Brussel-Centraal, dat door een commercieel bedrijf wordt gerund, deelde u mede dat u het voornemen had om de kwaliteitsgaranties van deze praktijkvoering nader te onderzoeken.

08.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): La ministre avait déjà fait part de son intention d'examiner les garanties de qualité que présente le centre médical de la Gare centrale de Bruxelles.

Hoever staat u daarmee, mevrouw de minister? Welke garanties hebt u ondertussen kunnen inbouwen? Wie zal deze garanties controleren?

Volgens mijn informatie zijn deze artsen vandaag niet geconventioneerd en rekenen zij marktprijzen aan. Zijn de patiënten hiervan op de hoogte? Zo nee, zult u actie ondernemen?

U antwoordde deze zomer ook dat u niet wist welke afspraken deze praktijk heeft gemaakt om een wachtdienst buiten de gewone praktijken te kunnen garanderen? Hebt u hierover meer duidelijkheid?

Ik maak mij ook zorgen over het deontologische aspect van deze praktijk. U zou het advies van de Orde der artsen opvragen. Hebt u dat al ontvangen? Wanneer mogen wij het verwachten?

08.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, ik herhaal dat elke artspraktijk moet voldoen aan minimale kwaliteitsvereisten, die betrekking hebben op de passende beroepskwalificaties en op de omgeving van de uitoefening, maar evenzeer op het professioneel, deskundig en deontologisch optreden.

In samenwerking met de administratie zijn wij bezig aan het herschrijven van de wet op de uitoefening van gezondheidszorgberoepen, waarbij het de bedoeling is om tot een kaderwet te komen die voorziet in algemeen geldende principes voor alle gezondheidsberoepen, natuurlijk beperkt tot de federale bevoegdheid.

Daarenboven werken wij een ontwerp van wet op de praktijkvoering in de gezondheidszorg, met als doel om een wettelijk kader te scheppen dat ervoor zorgt dat kwaliteits- en veiligheids garanties aan de patiënt worden geboden, waar ook de zorgen worden verstrekt. Deze wet zal met andere woorden ook van toepassing zijn op de zorgen verstrekt in erkende ziekenhuizen, in extramurale praktijken en in zogezegde privéklinieken.

Het is de bedoeling om de voorontwerpen van wet eind 2016 klaar te hebben, zodat ook de parlementaire behandeling ervan kan plaatsvinden.

Meer bepaald inzake de praktijk in het station Brussel-Centraal is er een advies gevraagd aan de Provinciale Geneeskundige Commissies van Vlaams-Brabant en Brussel. In dat advies heeft de commissie vastgesteld dat er geen sprake is van de onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Ik vroeg eveneens een advies omtrent de participatie aan de wachtdienst, aan de Orde der artsen. Een afvaardiging van het bureau heeft een bezoek ter plaatse afgelegd en er vonden ook gesprekken plaats met de arts die in dat centrum werkt, alsook met de uitbaters van dat centrum, die geen artsen zijn. Op deontologisch vlak stelde de delegatie van de Orde der artsen geen problemen vast, maar er werd wel opgemerkt dat inzake de kwaliteit en de continuïteit van de therapeutische relatie tussen arts en patiënt een globaal en geïntegreerd globaal medisch dossier van groot belang is. In de

Où en est cet examen? Est-il exact que les médecins qui y travaillent ne sont pas conventionnés? Les patients sont-ils au courant? Des accords ont-ils été conclus concernant l'organisation d'un service de garde? La ministre a-t-elle déjà reçu un avis de l'Ordre des médecins quant aux aspects déontologiques de ce dossier?

08.02 **Maggie De Block**, ministre: Toute pratique médicale doit satisfaire à des garanties de qualité minimales. Nous sommes actuellement en train de réécrire la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé et nous planchons sur un projet de loi relatif à la pratique des soins de santé. Les avant-projets de loi devraient être prêts pour la fin de 2016.

Dans son avis sur le cabinet médical de Bruxelles-Central, la commission médicale provinciale affirme n'y avoir constaté aucune forme d'exercice illégal de la médecine.

Sur le plan déontologique, l'Ordre des médecins n'a constaté aucun problème, mais se préoccupe néanmoins du fait que la plupart des contacts patients restent épisodiques, alors que le dossier médical global joue un rôle particulièrement important dans la garantie de la qualité et de la continuité de la relation thérapeutique qui unit le médecin au patient. Ce type de pratique devrait dès lors s'effectuer en collaboration avec le médecin traitant du patient. Le cabinet de la gare peut néanmoins favoriser l'accès aux soins de première ligne.

Les dispensateurs de soins qui ne sont pas conventionnés doivent

praktijk werd vastgesteld dat de contacten met de patiënten veeleer incidenteel waren, waarbij men zich dus terecht vragen kan stellen. Het is ook belangrijk dat het medisch personeel dat instaat voor het centrum ook blijvend en beschikbaar is.

Dat type van praktijkvoering dient bij voorkeur te verlopen in samenwerking met de behandelende arts, naar wie de patiënt opnieuw doorverwezen wordt telkens wanneer dat mogelijk is en rekening houdend met de wensen van de patiënt. Daar staat tegenover dat ook opgemerkt moet worden dat in een stedelijke omgeving, waar patiënten voor eerstelijnsopathie vaak onmiddellijk naar een spoeddienst stappen, die dienst de toegang tot eerstelijnszorg kan bevorderen.

Ten slotte, zorgverstrekkers die niet geconventioneerd zijn, zijn eraan gehouden hun patiënten daarover duidelijk te informeren, onder meer door een affiche in de wacht- of in de praktijkruimte. Ook daarop wordt door de diensten controle uitgeoefend.

08.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

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

09 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geneesmiddel Seroxat" (nr. 6344)

09 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le médicament Seroxat" (n° 6344)

09.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, in september verschenen de resultaten van een publicatie in BMJ waarbij paroxetine, bij ons verkocht als Seroxat, werd onderzocht. Daar bleek dat dit wel schadelijk was voor kinderen en adolescenten jonger dan 18. In het artikel stond dat meer dan 130 000 Belgen Seroxat nemen. Er stond echter niet bij hoeveel jongeren bij ons dat middel nemen.

Mevrouw de minister, gaat u nu actie ondernemen, bijvoorbeeld onder de vorm van een rondzendbrief, om te wijzen op deze indicatie, met name dat Seroxat niet mag worden gebruikt voor kinderen jonger dan 18 jaar? Zijn er soms geen aanwijzingen dat dit zo is? Bekijkt u of de officiële indicaties kunnen worden bijgesteld zodat de verkoop aan minderjarigen uitgesloten wordt?

Meer algemeen bleek uit de discussie wel dat het nuttig kan zijn om de onderzoeksdata van farmabedrijven vrij te geven. Anders was dit niet aan het licht gekomen. Is dat een maatregel die u wil nemen?

09.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, we menen niet dat een rondzendbrief nodig is omdat de bijsluiter zeer duidelijk is. Er staat: "Paroxetine dient niet gebruikt te worden bij kinderen en adolescenten". Gecontroleerde klinische studies tonen namelijk aan dat paroxetine gepaard gaat met een toegenomen risico van zelfmoordgedrag en vijandigheid. Bovendien wordt in deze studie in hoofdstuk 4, punt 2 de doeltreffendheid van paroxetine onvoldoende aangetoond. Deze waarschuwing wordt nog enkele malen herhaald. De informatie voor gebruikers is ook erg duidelijk. Paroxetine mag

clairement le faire savoir à leurs patients, notamment en apposant une affiche dans leur cabinet. Mes services procèdent à des contrôles pour s'assurer que cette mesure est respectée.

09.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Les dangers pour les enfants et les adolescents de moins de 18 ans du Seroxat, un antidépresseur à base de paroxétine, ont été signalés dans des études. Or plus de 130 000 Belges consomment ce médicament.

La ministre publiera-t-elle une circulaire pour attirer l'attention sur ces risques? Envisage-t-elle de faire revoir les indications officielles de manière à exclure la vente de ce produit aux mineurs? Compte-t-elle obliger les entreprises pharmaceutiques à publier leurs données de recherches?

09.02 Maggie De Block, ministre: La publication d'une circulaire est superflue, la notice étant très explicite. La paroxétine ne peut pas être administrée aux enfants ni aux adolescents de moins de 18 ans.

Le 18 septembre 2015, le Centre

niet worden gebruikt voor kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar.

Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, een onafhankelijke vzw gesubsidieerd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, publiceerde op 18 september op de website een bericht met duiding omtrent de recente aandacht in de pers voor paroxetine. Schorsen of intrekken van een vergunning voor het in de handel brengen om veiligheidsredenen gebeurt in principe alleen wanneer de risicobatenbalans van het geneesmiddel werd geëvalueerd als nadelig. Zo'n evaluatie gebeurt tegenwoordig meestal op Europees niveau door het *European Medicines Agency*, EMA. Er is voorlopig geen sprake van een zo nadelige evaluatie. Gezondheidszorgbeoefenaars kunnen paroxetine blijven gebruiken maar natuurlijk alleen voor de indicaties weergegeven in de bijsluiter.

De nieuwe Europese verordening nr. 536 van 2014 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik verandert de aanpak rond data afkomstig uit klinische proeven fundamenteel. Van zodra deze Europese regelgeving in voege treedt, zijn data, die deel uitmaken van een marktvergunning, niet meer vertrouwelijk om commerciële redenen. Deze data kunnen dan ook met respect voor eventuele privacyaspecten publiek worden gemaakt. De inwerkingtreding is afhankelijk van de ontwikkeling van een Europees webportaal dat is aangekondigd voor midden 2016.

Belge d'Information Pharmacothérapeutique a posté un message assorti de commentaires sur son site internet.

En principe, la décision de suspension ou de retrait d'une licence commerciale pour des raisons de sécurité n'est prise que lorsque les résultats du rapport bénéfice/risque du médicament sont jugés défavorables. C'est généralement l'Agence européenne des médicaments qui procède à cette évaluation. Il n'est pas question pour l'instant de pareille évaluation négative. Les professionnels des soins de santé peuvent dès lors continuer à utiliser la paroxétine, mais uniquement dans le cadre des indications mentionnées dans la notice du produit.

Dès l'entrée en vigueur du nouveau règlement européen n° 536/2014 relatif aux essais cliniques, les données de recherche reprises dans une autorisation de mise sur le marché ne seront plus confidentielles pour des raisons commerciales. Elles pourront dès lors être publiées moyennant le respect d'éventuels aspects relatifs à la protection de la vie privée. La date d'entrée en vigueur dépend du développement d'un portail web européen annoncé pour la mi-2016.

*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 hoge prijzen voor borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 6428)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 6502)
- mevrouw An Capoen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de KCE-studie over borstreconstructie" (nr. 6533)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "borstreconstructie" (nr. 6569)

10 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tarifs élevés des reconstructions mammaires par tissus autologues" (n° 6428)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les reconstructions mammaires par tissus autologues" (n° 6502)
- Mme An Capoen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du KCE sur la reconstruction mammaire" (n° 6533)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconstruction mammaire" (n° 6569)

De **voorzitter**: Vraag nr. 6428 van mevrouw Jiroflée wordt ingetrokken.

La **présidente**: Mme Jiroflée retire sa question.

10.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, op dit moment kiezen de meeste vrouwen voor een borstreconstructie met implantaten, niet omdat ze daaraan een voorkeur geven, maar meer dan vermoedelijk omdat het terugbetaald wordt in tegenstelling tot borstreconstructies met eigen weefsel. Nochtans is het veel duurzamer om dit te doen met eigen weefsel, zo moeten de ingreep niet opnieuw uitgevoerd worden. De prijzen zijn ook heel erg verschillend naargelang welke chirurg en in welk ziekenhuis de ingreep plaatsvindt.

10.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): La plupart des femmes optent pour une reconstruction mammaire avec implants, probablement parce que cette technique est remboursée. Une reconstruction par tissu autologue est plus durable mais coûteuse, en tout cas dans certains hôpitaux.

Bent u het met mij eens dat dergelijke borstreconstructies met eigen weefsel duurzamer zijn en dat wij daarvoor moeten gaan in plaats van herhaaldelijke reconstructies met implantaten? Wij kunnen hier aan efficiëntiewinsten doen en ook aan kwaliteitswinst voor de vrouwen zelf.

La ministre estime-t-elle également qu'une reconstruction autologue est la meilleure des options? Est-elle disposée à en évaluer le remboursement? A-t-elle eu vent de tarifs exagérés?

Bent u bereid om naar een terugbetaling te evolueren rond deze borstreconstructies met eigen weefsel?

Hebt u weet van ongeoorloofd winstbejag en hoge tarieven bij de borstreconstructies met implantaten?

10.02 An Capoen (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, zoals u hopelijk van mij verwacht, ga ik proberen om dit te bekijken vanuit mijn wetenschappelijke achtergrond. De borstreconstructiestudie van het KCE heeft veel stof doen opwaaien, vooral heel snel na de release van de studie. Ik ben daarentegen een heel weekend bezig geweest om de volledige Engelse versie uit te pluizen.

10.02 An Capoen (N-VA): Le rapport du KCE sur la reconstruction du sein a fait beaucoup de bruit. Le KCE a développé trois scénarios dont le premier pose en tout cas problème, parce que le tarif horaire du chirurgien est uniquement calculé sur la base de ses prestations remboursées par l'INAMI. Dans le cas d'un chirurgien esthétique, c'est tout bonnement ridicule.

Hoewel ik begrijp dat er een drang is naar een objectiveren van de kost via een uurloon, is mij opgevallen dat het KCE gebruikmaakt van drie scenario's, waarvan minstens het eerste scenario zeer dubieus is. Men berekent het uurloon daar alleen op basis van de door het RIZIV terugbetaalde prestaties. Iedereen weet dat het werk van een plastisch chirurg voor meer dan de helft bestaat uit prestaties die niet worden terugbetaald door het RIZIV. Ik vind dat scenario dus een beetje bij de haren getrokken.

Pour le KCE, il ne s'indique de renégocier un numéro de nomenclature spécifique que si l'ensemble des nomenclatures est revu. Le problème est également indissociable du remboursement des reconstructions par implants et du coût à vie des deux interventions.

Voor mij is belangrijker dat het rapport erkent dat de studie zeer minimaal is en eigenlijk niet perfect is en dat de berekende uurlonen alleen kunnen dienen als basis voor onderhandelingen met de beroepsvereniging, aangezien deze uurlonen compleet fictief zijn.

Daarenboven vindt het KCE dat het heronderhandelen van een bepaald nomenclatuurnummer enkel aan te bevelen is in het kader van een volledige en grondige herziening van alle nomenclaturen.

Que pense la ministre du rapport du KCE? Envisage-t-elle de lancer des négociations avec les fédérations professionnelles et avec les associations de patients? Où en est la révision de l'ensemble des nomenclatures par la

Mijns inziens kan het probleem ook niet volledig worden losgekoppeld van de terugbetaling voor reconstructies met implantaten, noch van een berekening van een *lifetime cost* voor beide ingrepen, aangezien de reconstructie met eigen weefsel min of meer vrij snel leidt tot een

definitief resultaat en de ingreep met implantaten helaas na enkele jaren dient te worden herhaald. ministre?

Ook het loskoppelen in de studie van de expertise die vereist is om een reconstructie met eigen weefsel uit te voeren, is mijns inziens niet wijs. Aangezien slechts een handvol chirurgen de ingreep kan uitvoeren, is er een zekere kennis en ervaring vereist.

Mijn vragen voor u, mevrouw de minister, zijn lichtjes anders dan die van de collega's.

Wat is uw mening over de inhoud van het volledige KCE-rapport?

Hebt u reeds plannen om nieuwe onderhandelingen te starten met de beroepsvereniging van plastisch chirurgen, al dan niet in samenspraak met bepaalde patiëntenverenigingen?

Misschien nog belangrijker, gezien het feit dat de nomenclaturen samenhangen en u zich in het regeerakkoord had voorgenomen om de nomenclatuur te veranderen, had ik graag geweten hoe ver u staat in de aanzet tot volledige herziening ervan?

10.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, de situatie is goed geschetst. De KCE-studie werd mij toegelicht door de raad van bestuur van het KCE. Ik heb goed begrepen dat de informatie waarop men zich baseert en de situatie niet ideaal waren.

Mijn vragen liggen in de lijn van de vragen van mevrouw Capoen.

Welke conclusies trekt u uit de studie?

In de studie staat ook een aantal aanbevelingen. Het KCE vraagt om de herziening van de nomenclatuur te bekijken in het geheel van de herijking van de nomenclatuur.

Er staat ook meer in dan die aanbevelingen. Er moet meer transparantie komen, bijvoorbeeld inzake het onderscheid tussen intellectuele en technische prestaties met betrekking tot de nomenclatuur. In die zin is de studie wel wat gedetailleerder en genuanceerder dan daarnet werd gezegd.

Ik maak dergelijke situaties ook mee, niet als arts, maar als bestuurder van een ziekenhuis. Patiënten moet vaak 3 à 4 000 euro betalen, en in een éénpersoonkamer zelfs tot 6 000 euro, voor supplementen om iets te laten herstellen na een ziekte. Die mensen bevinden zich in een heel kwetsbare situatie. Voor sommigen is de ingreep financieel ook helemaal niet haalbaar.

Ik ben dus van mening, mevrouw de minister, en dat is eigenlijk ook wat wij ook tussen de lijnen van de KCE-studie kunnen lezen, dat er meer transparantie moet komen. Er heeft op dat vlak al een bijsturing van de nomenclatuur plaatsgevonden, enige tijd geleden, en ook de wet op de patiëntenrechten is van toepassing op deze situatie.

De patiënte moet duidelijk weten waar zij voor staat. De financiering moet duidelijk zijn. Ik heb begrepen, want dat was duidelijk het doel van de studie, dat dit vandaag nog niet het geval is.

10.03 Nathalie Muylle (CD&V): La situation décrite dans l'étude du KCE n'est pas optimale. Quels enseignements la ministre en tire-t-elle?

Les auteurs de l'étude préconisent également une plus grande transparence et insistent pour qu'une distinction soit opérée entre les prestations intellectuelles et techniques. En l'absence de cette différenciation, les factures de nombreux patients atteignent des montants astronomiques.

Le financement doit être dénué de toute ambiguïté et si cette étude a un mérite, c'est qu'elle montre bien que c'est loin d'être le cas aujourd'hui.

10.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, mevrouw Capoen en mevrouw Muylle, dank u voor blijvende belangstelling voor de borstreconstructie met eigen weefsel, de zogenaamde “warme borst.” Ik heb dat niet uitgevonden. Dat bestond al voor ik minister werd.

Het was reeds in 2013 de bedoeling bijeen te komen met de plastische chirurgen over de honoraria voor borstreconstructie. In het akkoord Medicomut 2013-214 stond dat de herwaardering van de betrokken nomenclatuurcodes een reductie van 50 % met zich zou brengen. Ik citeer het Medicomutakkoord: “Deze herwaardering zal worden doorgevoerd na een overleg met een vertegenwoordiging van de verenigingen voor plastische heelkunde, teneinde waarborgen te bekomen voor een evenredige beperking van de gehanteerde supplementen.” De maatregel zou worden genomen via een aanpassing van de nomenclatuur op basis van de resultaten van het overleg dat zou opgestart worden op 1 februari 2013.

Ondertussen is er inderdaad overlegd, maar men is niet tot een akkoord gekomen. Deze maatregel die aangekondigd werd in het akkoord Medicomut is dus dode letter gebleven.

Nu is er de KCE-studie waarnaar u verwezen hebt. Dat is zeker een belangrijk nieuw element in het verder overleg, ware het niet dat de een en de andere de inhoud van die studie betwisten, op basis van verschillende elementen, waarvan mevrouw Capoen er enkele heeft aangehaald. Het is natuurlijk vervelend dat deze studie betwist wordt wegens de methodiek en wegens het bedrag dat zo’n reconstructie van een warme borst zou mogen kosten.

Ik heb de studie aan het RIZIV bezorgd, meer bepaald aan de Technisch Geneeskundige Raad, waar de besprekingen ter zake verder worden gevoerd en waar met de nodige aandacht bekeken zal moeten worden in hoeverre de *outcome* van het KCE, de aanbevelingen en de *bullets*, daarin een rol kunnen spelen. Dat laat ik aan hen over. U weet dat de experts daar zouden moeten zitten.

Het is belangrijk dat de betrokken, kwetsbare groep van patiënten beschermd wordt tegen de oneigenlijke eisen inzake de vergoeding via zogezegde esthetische supplementen bovenop de honoraria en andere courante supplementen. Er werd al gerefereerd aan de wet op de patiëntenrechten, maar het is wel duidelijk dat men, op het moment dat een kamer wordt vastgelegd, moet weten dat er financiële gevolgen zijn aan een eenpersoons- of tweepersoonskamer. Er moet ook worden gezegd wat de ingreep zal kosten. Dat zit allemaal in de wet op de patiëntenrechten, die daarvoor van toepassing blijft.

Zoals al gezegd, is er ook een heel belangrijke emotionele factor. Voor vrouwen die zo’n ingreep nodig hebben, gaat de emotie vaak boven de rede. Dat kan ik alleen maar begrijpen.

Wij moeten ook bekijken of het uitvoeren van complexe ingrepen — men spreekt van 7, 8 tot 9 uur voor één borst — niet beter beperkt zou worden tot referentiecentra, expertisecentra dus, zodat wij niet alleen de kwaliteit beter kunnen waarborgen, maar zodat ook de efficiëntie van het zorgtraject geoptimaliseerd kan worden, wat ook een gunstig effect op de kostenstructuur zou kunnen hebben. Dat idee moet nog worden uitgewerkt.

10.04 **Maggie De Block**, ministre: Dès 2013, l’objectif a été de se concerter avec les chirurgiens plastiques au sujet de leurs honoraires pour la reconstruction mammaire. Il a été prévu dans l’accord médico-mutualiste 2013-2014 que la revalorisation des codes concernés de la nomenclature entraînerait une réduction de 50 % de ces honoraires. Cette concertation a débuté mais les parties n’ont pu se mettre d’accord si bien que sur ce point précis, l’accord est resté lettre morte.

L’étude KCE est un nouvel élément important pour la poursuite de la concertation bien qu’elle soit très contestée.

J’ai transmis l’étude à l’INAMI et les experts devront l’évaluer.

Il importe que le groupe des patientes vulnérables soit protégé contre des soi-disant suppléments esthétiques et autres. Il faut que chacune soit clairement informée de l’incidence financière du choix de sa chambre et du coût de l’intervention.

Il nous faut aussi examiner s’il ne serait par préférable de laisser les interventions complexes à des centres d’expertise afin de pouvoir en garantir la qualité et d’optimiser la trajectoire de soins.

J’intégrerai les recommandations du Centre d’expertise dans le vaste exercice de révision de la nomenclature. Malheureusement, la patiente n’en tirera pour l’instant aucun bénéfice.

Depuis 2013, il s’avère impossible de mettre les dispensateurs de soins et l’INAMI sur la même longueur d’onde. Je veux sortir de cette impasse, car la reconstruction mammaire par tissus autologues constitue la meilleure option pour les femmes ayant subi une ablation mammaire. J’ai demandé au Conseil technique médical de prendre en

Wat de herziening van de nomenclatuur betreft, ik neem de aanbevelingen van het Kenniscentrum mee in de derde grote werf, naast de ziekenhuisfinanciering en de herziening van het KB. Een deel daarvan betreft de intellectuele akten, een ander de vakkundigheid op het terrein, zeker voor die gespecialiseerde artsen. Wij nemen die zaken inderdaad mee in de grote oefening van de herijking of herziening van de nomenclatuur, maar daarmee is de kous niet af voor de patiënt.

Het is van 2013 tot nu onmogelijk gebleken om de zorgverstrekkers en het RIZIV op een lijn te krijgen; aan beide kanten worden argumenten voorgelegd. Wij hopen eruit te komen, al was het maar omdat de kwetsbare groep van vrouwen met borstkanker — één op drie wordt geconfronteerd met een volledige borstamputatie — liever een warme borst in de plaats krijgt. Ik vind het voor hen nodig om daartoe te komen. Ik wacht alleen nog op het resultaat van de besprekingen. Ik heb de Technisch Geneeskundige Raad gevraagd om de gegevens van het Kenniscentrum in rekening te brengen zodat in overleg tot een oplossing kan worden gekomen.

Ik hoop dat men eruit komt want het is echt niet gemakkelijk. Ik begrijp dat er enerzijds tariefzekerheid moet zijn voor vrouwen die zo'n ingreep moeten ondergaan; het is immers geen esthetische maar een reconstructieve ingreep. Anderzijds begrijp ik ook dat de plastische chirurgen wijzen op de technische vaardigheden die hiervoor nodig zijn en op het feit dat dit een langdurige, vermoeiende en precieze operatie is waarvoor zij een gepaste vergoeding willen krijgen. Voor operaties die zoveel uren duren, loopt de rekening flink op. Partijen zullen tot een compromis moeten komen.

Wat de supplementen betreft in de eenpersoonkamers, meen ik dat ook binnen de werf van de ziekenhuisfinanciering voor eens en altijd moet worden nagegaan of hiermee komaf kan worden gemaakt want dit maakt het voor de patiënt echt niet gemakkelijk. Ik meen dat wij in de eerste plaats voor de patiënt moeten zorgen.

Nogmaals, deze materie zit in de grote werf van de ziekenhuisfinanciering. Het komt zeker nog terug aan bod.

10.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik hoor een aantal positieve elementen in uw antwoord. U pleit echt wel voor tariefzekerheid voor de patiënten, wat ter zake heel belangrijk is. Ik ben het ook met u eens dat wij moeten evolueren naar een paar referentiecentra, ook dat kan een belangrijk punt zijn. Uiteraard zal het een tijd duren omdat de herziening van de nomenclatuur binnen een grotere werf gebeurt, ook daarmee kan ik het eens zijn. Tussen de regels door heb ik begrepen dat u als minister van Volksgezondheid de reconstructie met eigen weefsel een warm hart toedraagt — een warm hart voor een warme borst — en zich daarvoor politiek wilt inzetten, los van het gegeven of tijdens het Medicomut-overleg al dan niet een akkoord wordt bereikt. U vindt die keuze dus wel belangrijk.

10.06 An Capoen (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het is een heel complex probleem dat al heel lang aansleept. Ik wil er

considération les données fournies par le Centre d'expertise. Je saisis l'importance d'une sécurité tarifaire pour les femmes, mais je comprends également que les chirurgiens souhaitent être correctement rémunérés pour cette opération, qui est longue et délicate.

Dans le cadre plus large du financement des hôpitaux, nous devons vérifier s'il est possible d'en finir, une fois pour toutes, avec les suppléments facturés aux patients en chambre individuelle.

Nous reviendrons sur cette question dans le cadre du débat global sur le financement des hôpitaux.

10.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): La sécurité tarifaire est essentielle pour les patients. Elle sera probablement plus facile à concrétiser en limitant le nombre de centres de référence.

La préférence de la ministre semble aller vers la reconstruction mammaire par tissus autologues et elle semble disposée à s'engager politiquement dans ce sens, ce qui m'incite à l'optimisme.

10.06 An Capoen (N-VA): Un ajustement minime ne suffira pas pour résoudre un problème aussi complexe et qui traîne depuis

kort op wijzen dat louter bijsturing misschien onvoldoende is. In de flapchirurgie zijn er immers zeer grote verschillen, zeker waar het bilaterale chirurgie betreft. Bij DIEP-flapchirurgie wordt de tweede borst slechts voor de helft terugbetaald, terwijl als diezelfde chirurgie met een andere flap wordt uitgevoerd, deze wel degelijk twee keer voor honderd procent wordt terugbetaald. Idem voor implantaten. Een zeer ruime bijsturing is dus belangrijk.

Ik begrijp ook dat binnen één specialisme sommige zaken van de nomenclatuur soms beter worden vergoed dan andere. Vaak is dat ook gewoon ter compensatie, iets wat in de loop der jaren is ontstaan binnen hetzelfde specialisme. Men moet er natuurlijk wel rekening mee houden dat de nomenclatuur een kaartenhuis is, in die zin dat als men aan één trekt, de hele constructie in elkaar stuikt. Wij willen niet krijgen wat er momenteel in Nederland gebeurt, het land dat wij vaak als referentiepunt zien, maar niet altijd terecht. In sommige ziekenhuizen mag deze ingreep er slechts twee keer per jaar worden uitgevoerd van het ziekenhuisbestuur, omdat het anders helemaal niet rendabel is. Ik hoop dat wij deze weg niet opgaan, want wij beschikken over een enorme expertise. Wij zijn één van de wereldleiders inzake warmeborstreconstructie en ik hoop dat wij dit niet kwijtraken.

Wat de referentiecentra betreft, daar ben ik niet altijd voorstander van. Wanneer het chirurgische ingrepen betreft, zijn de vaardigheden van de chirurg, zijn handen, nog altijd belangrijk en minstens even belangrijk als het feit dat dit in een referentiecentrum gebeurt.

10.07 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, wij kunnen het hier niet oplossen en vermoedelijk kunt u het ook niet op korte termijn oplossen, al gaf u wel alle elementen om tot een oplossing te komen. U hebt de problematiek goed geschetst. Aan de ene kant gaat het om een technische ingreep die heel wat knowhow vereist en een duidelijke financiering vraagt, aan de andere kant staan patiënten die op dat moment zeer emotioneel zijn.

Mevrouw de minister, ik heb dames ontmoet die het heel moeilijk hebben met het gegeven dat zij 3 000 euro moeten betalen voor wat op de factuur als esthetische supplementen wordt omschreven, terwijl het voor hen geen vorm van esthetiek is, maar het behouden van hun eigenwaarde. Zo'n ingreep biedt die vrouwen terug levenskansen en een toekomst. De tweespalt tussen de technische betaalbaarheid en de gevoelens van die patiënten maakt het moeilijk.

Het klopt dat er duidelijkheid moet worden verschaft op het vlak van de patiëntenrechten, maar de tarieven voor supplementen liggen erg uit elkaar in de verschillende gespecialiseerde ziekenhuizen. U verwoordt het correct als u zegt dat de patiënte, in een zeer kwetsbare periode van haar leven, tariefzekerheid moet kunnen hebben. Het moet voor de patiënten evenwel ook betaalbaar zijn, zodat zij de mogelijkheid hebben om voor een borstreconstructie te kiezen. Wordt vervolgd, zou ik zeggen.

La **présidente**: Complexe et à poursuivre.

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

aussi longtemps. La nomenclature est fondée sur un équilibre fragile et je vous invite à la prudence si vous décidez de la modifier.

Notre pays peut se prévaloir d'une expertise précieuse en matière de reconstruction mammaire par tissus autologues que nous ne pouvons pas nous permettre de perdre. J'accorde en outre plus de crédit aux compétences d'un chirurgien habile qu'à la concentration de toutes les opérations dans un centre de référence.

10.07 Nathalie Muylle (CD&V): Il s'agit d'un dossier complexe. Cette intervention technique et coûteuse, qui sauve parfois des vies et est en tout état de cause indispensable au sentiment de féminité, reste malgré tout considérée comme une correction esthétique. Le réalisme budgétaire et l'émotion qu'éprouvent les patientes en font un sujet épineux.

Les tarifs de ces "suppléments esthétiques" varient fortement d'un hôpital spécialisé à l'autre. La patiente, à plus forte raison au cours de cette période éprouvante de sa vie, doit pouvoir bénéficier d'une sécurité tarifaire. De telles interventions doivent être abordables pour les femmes qui souhaitent y recourir.

De **voorzitter**: Wordt vervolgd.

11 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kankerverwekkende voeding en leukemie" (nr. 6458)

11 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les aliments cancérigènes et la leucémie" (n° 6458)

11.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, uit onderzoek van de universiteit van Maastricht, in samenwerking met partneruniversiteiten, blijkt dat kankerverwekkende stoffen uit het voedsel van zwangere vrouwen door de placenta in het navelstrengbloed van de foetus kunnen terechtkomen.

Wat de onderzoekers ook opviel is dat jongens een hogere gevoeligheid voor leukemie hebben dan meisjes.

Mevrouw de minister, het aantal kinderkankerpatiëntjes stijgt ook in ons land elk jaar een beetje. Wat vindt u van de resultaten van dit onderzoek? Bent u het ermee eens dat stoffen uit het voedsel van zwangere vrouwen door de placenta dringt? Zo ja, vindt u dan dat er in ons land voldoende aandacht gaat naar de relatie tussen voeding en kankerverwekkende stoffen? Zo ja, zou men dan niet beter het probleem bij de wortel aanpakken en deze stoffen in de voeding weren?

11.02 Minister Maggie De Block: Tussen 2004 en 2012 werden in België 754 kinderen, tussen 0 en 14 jaar, door leukemie getroffen. De aandoening is inderdaad meer frequent bij jongens. In deze groep zijn 56,1 % jongens en 43,9 % meisjes. Ook in Nederland en Duitsland blijkt leukemie iets meer bij jongens dan bij meisjes voor te komen.

De Stichting tegen Kanker heeft de Nederlandse studie waarnaar u verwijst, grondig bekeken. Zij wijst erop dat de onderzoekers zelf benadrukken dat het slechts om een theoretische vaststelling gaat.

Bij vergelijking van stalen navelstrengbloed werd een hogere gevoeligheid voor mogelijk kankerverwekkende stoffen vastgesteld, die in sommige gevallen ook leukemie kunnen veroorzaken, vooral bij jonge jongens, wat zou kunnen verklaren waarom jonge meisjes daar minder vaak mee worden geconfronteerd.

De onderzoekers besluiten dat meer onderzoek nodig is, om voor zwangere vrouwen concrete adviezen te formuleren. Hun sterkste aanbeveling gaat echter over een punt waarvan zij denken dat zij het met zekerheid hebben kunnen aantonen, met name de nadelige invloed van tabak en alcohol op de gezondheid van zowel moeder als kind. Dat zijn geen nieuwe conclusies. Wij zijn het er allen al jaren over eens dat tabak en alcohol en zwangerschap niet samengaan.

Het met zekerheid aantonen van de oorzaken van kanker is sowieso geen gemakkelijke taak. De mens wordt immers dagelijks aan een heel groot aantal stoffen blootgesteld, onder andere via voeding. Er is echter ook nog de interactie tussen mogelijke stoffen, wat dergelijk onderzoek heel uitdagend maakt. De recente EFSA-opinie over acrylamide toont dat aan. Ondanks de grote hoeveelheid aan uitgevoerde humane studies kunnen daaruit nog steeds geen sluitende conclusies worden getrokken.

Zoals u weet, laten wij ons op het vlak van voedselveiligheid leiden door het voorzorgsprincipe. Voor voedselveiligheid is mijn collega-

11.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Une étude de l'université de Maastricht a relevé que les substances cancérigènes présentes dans notre nourriture traversent le placenta et se retrouvent dans le sang du cordon ombilical du fœtus.

Que pensez-vous de cette étude? La politique de la Santé publique accorde-t-elle une attention suffisante à la relation entre la nourriture et les substances cancérigènes? Ne conviendrait-il pas de bannir ces substances de notre nourriture?

11.02 Maggie De Block, ministre: La Fondation contre le Cancer s'est penchée sur cette étude. Les chercheurs eux-mêmes admettent qu'il ne s'agit que d'un constat théorique et que des études supplémentaires s'imposent avant de pouvoir formuler des recommandations concrètes. Ils estiment par contre pouvoir démontrer avec certitude les effets nuisibles de la consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse.

Démontrer avec certitude les causes du cancer n'est déjà pas chose aisée. Sur le plan de la sécurité alimentaire, le principe de précaution guide notre action. C'est le ministre de l'Agriculture qui est compétent pour la sécurité alimentaire. La politique mise en œuvre dans ce domaine est déjà harmonisée à l'échelon européen depuis plusieurs années. Les normes pour les substances cancérigènes présentes dans notre alimentation sont fixées au niveau le plus bas possible. Cela vaut également pour les contaminants environnementaux comme les dioxines présentes dans le milieu naturel et pour les contaminants de processus qui se forment pendant la préparation des den-

minister van Landbouw bevoegd.

Het desbetreffende beleid, waaronder de reglementering van contaminanten van voeding, wordt al jaren op Europees niveau geharmoniseerd. Het wil een hoog niveau van bescherming van de volksgezondheid verzekeren. Normen voor contaminanten in onze voeding, inbegrepen voor stoffen die genotoxisch en carcinogeen kunnen zijn, worden op basis van het as-low-as-reasonably-achievable-principe vastgelegd. Dat geldt zowel voor milieucontaminanten, zoals dioxines in de omgeving, in vlees en vis, als procescontaminanten, zoals acrylamide en polyaromatische koolwaterstoffen, die tijdens het bereiden van levensmiddelen worden gevormd, zoals bakken, frituren, barbecueën, roken, drogen, roosteren en wat nog mogelijk is.

Deze stoffen worden niet aan onze voeding toegevoegd en contaminatie en vorming ervan zijn moeilijk te vermijden. Via de Europese contaminantenwetgeving probeert men zo laag mogelijke maximumgehalten vast te leggen om de goede praktijken te stimuleren en de gezondheid van de consument te beschermen. In ons land controleert het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen, het FAVV, op de aanwezigheid van deze contaminanten. De resultaten van het geleverde werk zijn na te lezen in de jaarverslagen op de website van het FAVV.

Dit is zeer actueel gezien de hele buzz over het eten van rood vlees. Een gezonde en gevarieerde voeding is en blijft belangrijk. Dat zijn dan ook de conclusie en de aanbeveling van de onderzoekers die deze studie hebben uitgevoerd. Dat geldt des te sterker ook voor zwangere vrouwen die nog meer reden hebben om evenwichtig te eten en het roken en drinken van alcohol te laten tijdens de zwangerschap. Ik ga ervan uit dat ook de gefedereerde entiteiten die de bevoegdheid hebben om aan preventie te doen en specifieke voedingsaanbevelingen te geven, ook aan zwangere vrouwen, hun verantwoordelijkheid nemen.

Ik meen dat we hier nog vaak op zullen terugkomen als we zien welke persberichten ons aan alle kanten om de oren zoemen over dat rood vlees. Van Australië en Amerika tot de andere kant van de planeet is men daarmee bezig. Dat zal dus echt op te volgen zijn. De WHO is daar natuurlijk ook zeer bezorgd over, hoewel hun berichtgeving niet altijd zeer genuanceerd is. Ik denk in elk geval dat we daar nog vaak op zullen moeten terugkomen.

La **présidente**: M. Borsus devra peut-être modifier son site sur la viande rouge.

11.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik ben blij dat u in uw antwoord duidelijk het voorzorgsprincipe genoemd hebt, want dat is in deze zeer belangrijk. Het duurt altijd een aantal jaren vooraleer bepaalde thema's maatschappelijk op de agenda komen en op de politieke agenda staan.

U zegt ook dat wij er nog veel over zullen horen en dat het op te volgen zal zijn. Vermits ik lid ben van een ecologische partij zult u daarover nog veel vragen van mij krijgen.

Het incident is gesloten.

rées alimentaires. Ces substances ne sont pas ajoutées à notre alimentation et sont difficilement évitables. En nous adossant à la législation européenne sur les contaminants, nous nous efforçons de fixer des taux maximaux se situant au niveau le plus bas possible. L'AFSCA procède aux contrôles en la matière.

La consommation de viande rouge fait actuellement l'objet d'une grande attention médiatique. Nous reviendrons sans aucun doute sur ce thème dans cette commission. Une alimentation saine et variée reste un élément important. Telles sont également les conclusions des chercheurs qui ont réalisé l'étude en question. Les femmes enceintes ont encore plus de raisons d'adopter une alimentation équilibrée et de s'abstenir de boire et de fumer. Les Régions y consacreront une importance particulière dans le cadre de leur politique de prévention.

11.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Le principe de précaution reste important. Il faut toujours compter quelques années avant que certains thèmes soient portés à l'ordre du jour.

L'incident est clos.

12 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de projecten art. 107 in de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 6481)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 107 van de wet op ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen" (nr. 6551)
- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming Psy107" (nr. 7057)

12 **Questions jointes de**

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir des projets art. 107 relatifs aux soins de santé mentale" (n° 6481)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins" (n° 6551)
- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme 'psy 107'" (n° 7057)

12.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in het regeerakkoord werd terecht bijzonder veel aandacht besteed aan de geestelijke gezondheid en aan de verschillende programma's in het kader van artikel 107 kinderen en jongeren, de gids die werd gelanceerd en die in volle uitwerking is.

We hadden de duidelijke ambitie om zowel blinde vlekken in de projecten weg te werken als de middelen structureel te verankeren. Ik heb begrepen dat er momenteel een gesprek aan de gang is tussen de koepels over de verbreding en verdieping van de netwerken. Dat is een zeer positieve zaak.

Wel bereiken ons ongeruste berichten over de afbouw van de werkmiddelen – 425 000 euro per netwerk –, het samenvloeien van netwerken en de herschikking van middelen.

Mevrouw de minister, ik heb dan ook de volgende vragen. Klopt het dat wat betreft de financiering van de mobiele equipes, de netwerken het in de toekomst met 425 000 euro minder zullen moeten stellen? Wat betekent dit in afbouw?

Zullen de mobiele equipes in de toekomst worden gefinancierd via de bevrozing van bijkomende ziekenhuisbedden? Men spreekt vanuit de sector van een norm van 8 VTE per 100 000 inwoners. Op welke populatie is die 100 000 precies berekend? Gaat het over volwassenen of worden jongeren en kinderen meegerekend in die cijfers?

Ik heb begrepen dat men volop bezig is met een evaluatie van de projecten en er is ook een fasering van de projecten geweest. Hoe wordt dit aangepakt?

Binnen artikel 107 is de functie 2 mobiele teams een federale bevoegdheid. Ik heb begrepen dat u daar wil bijsturen. Hoe hangt dat samen met de andere functies, zoals beschut wonen, die een gemeenschapsbevoegdheid zijn? Werd daarover overleg gepleegd?

12.02 **Renate Hufkens** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, geestelijke gezondheidszorg is in ons land uitermate belangrijk en wordt ook steeds belangrijker. Dat blijkt onder meer uit de cijfers over depressies.

12.01 **Nathalie Muylle** (CD&V):

L'accord de gouvernement consacre un volet important aux soins de santé mentale et aux différents programmes de l'article 107 qui ciblent les enfants et les jeunes. J'ai appris qu'une concertation était actuellement en cours au sujet d'un élargissement et d'un approfondissement des réseaux mais il y est malheureusement question aussi d'un démantèlement et d'une réaffectation des moyens de fonctionnement.

Quelles en seront les répercussions? Les équipes mobiles seront-elles dorénavant financées grâce au gel de lits d'hôpitaux supplémentaires, en appliquant la norme de 8 ETP pour 100 000 habitants? Sur quoi se base ce calcul? Comment se fera l'évaluation des projets?

12.02 **Renate Hufkens** (N-VA):

Le secteur des soins de santé mentale s'inquiète à propos de l'article 107. Son budget de fonc-

Zoals collega Muylle daarnet heeft geschetst, bestaat er in de sector wat ongerustheid over het artikel 107.

Ik heb een aantal concrete vragen. Het werkingsbudget zou vanaf 2016 met 420 000 euro verminderen. Dat betekent een afbouw. Tegen januari 2017 zou de norm van 8 VTE per 100 000 inwoners moeten worden gehaald. Vanwaar komt deze berekening? Hoe werd die objectief vastgesteld?

Waarom wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende regio's, afhankelijk van een concentratie van T-bedden? Regio's met een hogere concentratie van T-bedden kunnen bijvoorbeeld iets gemakkelijker zelf voor financiering zorgen.

Zijn er cijfers beschikbaar van de *caseload* per VTE per regio? Zijn er duidelijke verschillen merkbaar? Is er een correlatie tussen te veel T-bedden hebben en een lagere *caseload* per VTE?

12.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, certaines de mes questions sont similaires mais le fil conducteur de mon interrogation est de savoir s'il n'y a pas une méthode de travail, un ordre des décisions et des processus à mettre en place qu'il conviendrait de réinstaurer.

Premièrement, nous sommes normalement en phase d'évaluation. Trois universités semblent avoir travaillé sur le sujet. Cependant, pour avoir interrogé l'ensemble des acteurs de terrain actifs dans le domaine des soins de santé mentale et des plates-formes liées à la réforme 107, ceux-ci semblent ne pas avoir été consultés. Le rapport issu de ce travail universitaire ne peut, à mon sens, pas porter le nom d'évaluation. Quelles sont les consignes et les méthodologies d'évaluation qui ont été fixées dans le cadre de ce travail universitaire? Quelles sont les grilles qui ont été construites, quels en sont les auteurs et avec qui ont-ils collaboré?

Des conclusions ou recommandations ont-elles déjà été formulées? Dans l'affirmative, quelles sont-elles et comment ont-elles été élaborées? Ce travail est-il toujours à compléter?

D'après les informations de terrain dont je dispose également, le SPF Santé a donné ordre aux plates-formes de couvrir l'ensemble du territoire sans s'y inclure. La démarche est logique, mais aucun critère de direction n'a été donné concernant la façon de couvrir le territoire ou la démarche à suivre pour faire en sorte que les différents acteurs s'organisent. C'est donc la concurrence et la loi de la jungle qui sont de rigueur entre les acteurs, ce qui se fait inévitablement au détriment de la rencontre des besoins et de la population concernée. Qu'en est-il? Avez-vous identifié des critères?

Mes collègues ont abordé la question, la méthode de calcul sur les moyens humains semble également avoir changé puisqu'il serait à présent question de huit équivalents temps plein pour 100 000 personnes. Sur la base de quels critères cela a-t-il été établi?

En ce qui concerne les lits à condamner par les hôpitaux, j'aimerais savoir comment les choses se dérouleront chronologiquement. En effet, si l'on condamne des lits, c'est pour développer d'autres

tionnement devrait diminuer de 420 000 euros à partir de 2016 et à dès 2017, c'est la norme de 8 ETP pour 100 000 habitants qui s'appliquera.

Comment cette norme a-t-elle été fixée? Pourquoi n'opère-t-on pas une distinction entre les régions sur la base du nombre de lits T? Dispose-t-on, par région, de chiffres concernant le *case load* par ETP et sont-ils en lien avec un nombre élevé de lits T?

12.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Zou er niet opnieuw een werkmethode moeten worden ingevoerd? We bevinden ons momenteel in de evaluatiefase. Drie universiteiten hebben zich over dit onderwerp gebogen, maar de gezondheidswerkers in de geestelijke gezondheidszorg werden niet geraadpleegd. Het rapport van de universiteiten kan dan ook geen evaluatie genoemd worden. Welke instructies kregen de universiteiten? Wie heeft de evaluatieschema's opgesteld? Werden er conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan?

De FOD Volksgezondheid zou de platformen de opdracht hebben gegeven het gehele grondgebied te bestrijken, maar geen organisatiecriteria hebben vastgesteld. Zo creëert men ruimte voor de wet van de jungle, ten koste van de bevolking en haar behoeften. Hebt u criteria bepaald?

Op grond van welke criteria kwam men voor de personele middelen uit op een norm van acht fulltime-equivalents (fte's) per 100.000 mensen? Hoe zullen de ziekenhuizen bedden moeten 'bevriezen'? De maatregel strekt er immers toe alternatieven zoals beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen of mobiele teams voor ambulante zorg uit te

alternatives telles que les habitations protégées, les maisons de soins ou les équipes travaillant dans le secteur ambulatoire. Pour que ces alternatives se développent, il importe évidemment que l'on connaisse les vues, budgets et organisations des différentes Régions et communautés concernées. Comment s'organisent les choses en la matière?

Enfin, pour ce qui est du "gel" des lits, les capacités hospitalières en psychiatrie ne sont évidemment pas les mêmes dans toutes les régions du pays. Ainsi, la province du Brabant wallon, le Luxembourg ou encore le sud du Hainaut n'ont pas assez de capacité pour pouvoir condamner des lits et s'adapter ainsi à la réforme. Ils ont donc échoué à la première phase du processus. Si l'on ne change pas la donne et que l'on ne modifie pas les critères, ils ne pourront pas non plus participer à la nouvelle phase à venir. Ne faudrait-il pas, là aussi, concevoir une autre manière d'organiser le développement des formes ambulatoires?

Par ailleurs, il faudrait peut-être aussi se servir de la possibilité qu'offre l'article 51 de la réforme institutionnelle qui permet le transfert de moyens du fédéral vers les Régions dans la transformation "hôpital vers places".

Enfin, madame la ministre, les places et les mesures prévues pour les enfants et adolescents sont-elles comprises dans l'ensemble de la réforme 107 ou bien celle-ci ne concerne-t-elle que les adultes?

12.04 **Minister Maggie De Block:** Ik dank mevrouw Muylle, mevrouw Hufkens en mevrouw Gerkens voor hun vragen.

De mobiele equipes zullen in de toekomst volledig worden gefinancierd via de buitengebruikstelling van bijkomende ziekenhuisbedden, wat met de geest in de lijn ligt van de hervorming.

De mobiele equipes moeten een maximum van acht voltijdse equivalenten per 100 000 inwoners bevatten. Dat is berekend op basis van het officiële bevolkingscijfer. Het bereiken van eenzelfde niveau van voltijds equivalenten per mobiel team is een belangrijke stap om elk netwerk en elke gemeente eenzelfde dekking te bieden. Op dit ogenblik bestaan er immers nog grijze zones waar er geen dekking is. Het betreft geenszins de enige fase in de vermaatschappelijking van de zorg, maar de algemene dekking van ons grondgebied is wel een eerste noodzakelijke stap.

In verband met de opstartkosten konden de artikel 107-projecten gedurende vijf jaar hun kosten inbrengen. Daarvoor was een bedrag van 425 000 euro uitgetrokken. Het is de bedoeling om, wanneer sommige projecten na vijf jaar geen opstartvergoeding meer zullen ontvangen de middelen die vrijkomen, te besteden aan de verbreding van de artikel 107-projecten. Het betreft meer bepaald de eerste tien projecten die indertijd van artikel 107 hebben gebruikgemaakt.

We hebben vastgesteld dat er op het terrein enige ongerustheid is ontstaan, waarschijnlijk omdat de financiering van de opstartkosten ook voor andere doeleinden werd gebruikt. Wij hebben dan ook samen met de administratie beslist om in een overgangsfase te voorzien zodat die projecten zich kunnen voorbereiden op het wegvallen van de opstartvergoeding. Voor de financiering van andere

bouwen.

Verscheidene regio's beschikken niet over voldoende capaciteit in de psychiatrie om het zich te kunnen veroorloven bedden te 'bevriezen' en de gevraagde hervorming door te voeren.

Moet men de ontwikkeling van de ambulante behandelingsvormen niet herzien en gebruik maken van artikel 51 van de wet op de institutionele hervormingen, dat toelaat middelen van het federale niveau naar de Gewesten over te hevelen voor de omvorming van ziekenhuisbedden in plaatsen?

Maken de maatregelen voor kinderen en adolescenten ook deel uit van de hervorming Psy107 of heeft deze alleen betrekking op volwassenen?

12.04 **Maggie De Block, ministre:** À l'avenir, le financement des équipes mobiles sera assuré intégralement par la fermeture de lits hospitaliers supplémentaires, à concurrence d'un maximum de 8 ETP par 100 000 habitants, un calcul établi sur la base des chiffres officiels de la population. Garantir un même niveau d'ETP par équipe mobile est crucial pour pouvoir proposer une couverture identique à chaque réseau et à chaque commune, première étape vers la "socialisation des soins".

Les projets article 107 ont pu se faire rembourser leurs frais de démarrage durant cinq ans. Un budget de 425 00 euros a été réservé à cet effet. Nous voulons affecter les moyens qui se libèrent à l'issue de la phase de démarrage à l'extension de ces projets.

Une certaine inquiétude est en effet perceptible sur le terrain, probablement parce que le financement de démarrage était parfois également utilisé à d'autres

zaken dan het opstarten zullen de projecten een oplossing moeten vinden. In overleg met de deelstaten en de diverse federaties uit de geestelijke gezondheidszorg zal ook een planning worden uitgewerkt, zowel voor de financiering als voor de verdere bevrozing van het aantal bedden.

Tot slot, past het vanzelfsprekend niet in de vermaatschappelijking van de zorg om zagezegde opstartkosten te gebruiken om voltijdse equivalenten te financieren voor andere doeleinden zoals bijvoorbeeld het mobiel team. Dat is uiteraard geen *incentive* voor mobiele teams om meer bedden buiten gebruik te stellen, precies door meer op het terrein aanwezig te zijn.

Het ondergraft zo de idee van meer vermaatschappelijking en zorg op maat.

Daarnaast betaalt de FOD Volksgezondheid de gehele ligdagprijs voor een bed dat buiten gebruik gesteld is, ook de zagezegde hotelkosten.

De plus, la récupération des moyens de démarrage n'est pas une économie. En effet, comme le prescrit l'accord de gouvernement, nous devons seulement combler les lacunes. Ils auront également droit à des moyens de démarrage pendant plusieurs années.

En ce qui concerne la question de savoir s'il existe des normes minimales selon lesquelles les réseaux doivent fusionner dans certaines provinces, sachez qu'une région devrait compter un minimum de 300 000 habitants pour pouvoir fonctionner de manière optimale.

Ce qui est décrit n'est qu'une étape supplémentaire de la réforme qui constitue les réseaux (cf. article 107).

Les actions visant à renforcer les équipes mobiles ne comprennent pas les décisions relatives à la plus grande importance de l'une ou l'autre fonction au sein du réseau.

La chaîne de soins n'est complète que si la détection précoce, la resocialisation et les formes d'habitations alternatives sont solidement installées. Comme vous l'avez signalé, ces éléments relèvent de la compétence des Communautés. Ce faisant, je continuerai à privilégier la concertation dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique.

J'en arrive ainsi à la question de Mme Gerkens portant sur la situation dans le Brabant wallon, le Luxembourg, le sud du Hainaut.

Madame, votre question nécessite une réponse très détaillée. Or, mon cabinet n'a reçu ladite question qu'hier matin à 08 h 11. Vous comprendrez donc que je ne sois pas en mesure d'y répondre aujourd'hui. C'est la raison pour laquelle je vous propose de me poser une question écrite ou de vous transmettre la réponse à votre question ultérieurement.

fins. Nous avons dès lors décidé de prévoir une phase transitoire. Le principe d'un ancrage des soins de santé dans la société est incompatible avec l'utilisation des moyens de démarrage pour le financement d'ETP dans d'autres buts tels que la mise en place d'une équipe mobile.

De stopzetting van de opstartvergoeding is geen besparingsmaatregel. Overeenkomstig het regeerakkoord is het enkel de bedoeling bestaande lacunes op te vullen. In dat geval zal men ook gedurende meerdere jaren recht hebben op de opstartvergoeding.

Met betrekking tot de minimumnormen moet een regio minstens 300.000 inwoners tellen om optimaal te functioneren. Het gaat hier louter om een volgende stap in de hervorming die moet leiden tot de totstandkoming van de netwerken in het kader van artikel 107. De maatregelen ter versterking van de mobiele teams omvatten geen beslissingen omtrent de mate waarin een of andere functie binnen het netwerk belangrijker zou zijn dan andere. Die functies vallen overigens onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen en ik zal het overleg in de interministeriële conferentie Volksgezondheid dan ook voortzetten.

Mevrouw Gerkens stelde een vraag over de situatie in Waals-Brabant, Luxemburg en Zuid-Henegouwen. We beschikten echter slechts over 24 uur om daarop te antwoorden, en dat was niet voldoende. Ik stel voor dat u daarover een schriftelijke vraag

stelt of dat ik u de antwoorden later bezorg.

12.05 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, het is positief dat er een fasering wordt ingebouwd, zodat de sector goed weet waaraan hij zich moet houden. De evaluatie zal voorts gefaseerd verlopen. Er is tijd van 2016 tot 2018 om dat te kunnen doen.

Ik begrijp uw houding omtrent de werkingskosten, maar ik heb de opstart van verschillende netwerken van dichtbij meegemaakt. Dat was vaak niet gemakkelijk. In bepaalde regio's zijn heel weinig PAAZ-bedden die kunnen worden vrijgesteld en was er ook geen samenwerking met algemene ziekenhuizen mogelijk om dat te doen. Het moest dan enkel van bedden uit kleinere psychiatrische ziekenhuizen komen, die dan een deel bedden hebben vrijgemaakt.

U zegt terecht in uw antwoord dat het gaat om meer dan werkingsmiddelen, huur, gebouwen en wagens, want er is ook personeel mee gefinancierd. Dan komt men tot de vaststelling dat er een nieuwe oefening moet worden gemaakt, want het tewerkgestelde personeel zal nu binnen de 8 VTE per 100 000 inwoners moeten vallen. De historiek verschilt echter heel sterk tussen de netwerken.

U zegt ook positieve dingen. In mijn provincie bijvoorbeeld doet het gerucht de ronde dat wij van 4 naar 2 netwerken gaan. U spreekt over 300 000 euro, wat volgens mij een goede inschatting is. Het zou dan voor West-Vlaanderen niet meer het geval zijn. Voor 4 netwerken zou het 250 000 euro bedragen. Er is nog onzekerheid of wij op 2 of 3 netwerken terugvallen.

Mag ik u nog een aanbeveling meegeven, mevrouw de minister? In de komende periode is het heel belangrijk om te zorgen voor de afstemming van de netwerken. Er komt nu een provinciaal netwerk rond kinderen en jongeren, er komt een aantal nieuwe netwerken rond artikel 107 in het kader van de 8 VTE en de nieuwe financiering en de ziekenhuizen zullen ook een oefening rond de netwerken moeten maken.

U weet vermoedelijk dat Zorgnet-Icuro deze week een nieuwe nota uitbrengt waarin het spreekt over 14 zorgregio's. De organisatie heeft een eerste oefening rond regionale netwerken gedaan. Terecht zegt Zorgnet-Icuro dat ook moet worden gekeken naar de geestelijke gezondheid, naar de PAAZ-en en de psychiatrische ziekenhuizen.

In de oefening die nu wordt gemaakt, moet ook binnen bepaalde regio's worden gewerkt en niet alleen met aparte regio's GGZ en aparte netwerken voor de ziekenhuizen. Ik voel die vraag ook heel duidelijk op het terrein, omdat alles zo met elkaar verweven is. Zo kan toch voor een stuk gelijklopend worden gewerkt.

De regio's binnen GGZ en binnen de functies van artikel 107 zijn voor een deel gelijklopend met die van de ziekenhuizen. Er zal dus afstemming met de regio's nodig zijn, want in de eerste lijn is men daar ook netwerken aan het uitbouwen. Ik zeg niet dat men naast elkaar bezig is, dat is niet waar, maar ik wil dat er in de toekomst meer samenhang is binnen het kader van de netwerken, zodat men op het terrein de zaken beter op elkaar kan afstemmen. Die aanbeveling wou ik nog meegeven.

12.05 Nathalie Muylle (CD&V): Concernant les frais de fonctionnement, il faudra réaliser une nouvelle simulation car dorénavant, le personnel employé devra être comptabilisé dans les 8 ETP pour 100 000 habitants. Ces 300 000 euros pour la Flandre occidentale constituent une bonne évaluation. En revanche, nous ne savons pas encore avec certitude si nous en reviendrons à deux ou à trois réseaux.

En outre, une harmonisation entre les Régions sera nécessaire et, à l'avenir, une plus grande cohésion sera indispensable sur le plan de l'interaction mutuelle entre réseaux.

12.06 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Muylle, het siert u dat u voor West-Vlaanderen opkomt, het siert u, mevrouw de voorzitter, dat u voor drie Waalse provincies opkomt, maar het gaat erom dat er ook voor de geestelijke gezondheidszorg een dekking is, zodat alle patiënten, van noord naar zuid en van west naar oost, waar dan ook, de juiste zorg krijgen. Daarom willen wij een verbreding en een algemene dekking. Het moet gedaan zijn met lacunes.

Wij moeten natuurlijk wel rekening houden met wat er op het terrein, in de provincies, al bestaat. Welke ziekenhuizen werken met welke netwerken? Daarmee moet rekening worden gehouden. Dat wordt ook gedaan, maar u moet ook begrijpen dat er een zekere eenvormigheid nodig zal zijn in de financiering. Ik heb het dan over het aantal voltijds equivalenten per 100 000 inwoners voor alle provincies, om van Brussel, dat hier niet vertegenwoordigd is, nog niet te spreken.

U bent natuurlijk afgevaardigd door mensen van West-Vlaanderen of Wallonië en ik heb daar begrip voor. Toch vraag ik u ook enig begrip voor een beleid waarbij de patiënt, ongeacht zijn woonplaats, goede zorg krijgt, ook inzake mentale gezondheid. U weet dat er zeer veel overleg is, ook met Zorgnet-Icuro, dat toch veel ziekenhuizen groepeerd. Het is goed dat zij samengesmolten zijn. Dan is er maar een vergadering nodig in plaats van twee, en dat is zeker een meerwaarde. Als wij spreken over de provincies, dan moet de juiste zorg op de juiste plaats komen, ook inzake mentale gezondheidszorg. Ik meen dat wij in dit land zo al een hele stap vooruit zullen zetten, want dat was tot nu toe altijd het zieke broertje.

Wat de werkingskosten betreft, het spijt mij, maar als er staat dat er gedurende vijf jaar werkingskosten zijn, dan getuigt het niet van eerlijkheid of goed bestuur om die middelen voor andere zaken te gebruiken. Ik ben bereid om met hen te praten over mogelijke overgangsmaatregelen, maar dergelijke zaken kan ik niet laten bestaan. Een opstartpremie van vijf jaar is geen structurele werkingskost voor de volgende jaren. Dat werd ook nooit gezegd. Daar moet ik op mijn strepen staan.

12.07 **Renate Huffkens** (N-VA): Mevrouw de minister, ik zal samen met u opkomen voor Vlaams-Brabant, en ook voor de Kempen, omdat ik vandaar afkomstig ben.

Ik meen dat u 200 % gelijk hebt. Mentale gezondheidszorg is veel te belangrijk om ze regionaal te bekijken. Het is heel belangrijk dat wij ze integraal bekijken en er op die manier meer aandacht voor hebben.

Ik onthoud dan ook het positieve nieuws dat u in een overgangsfase voorziet en ik kijk uit naar wat nog zal volgen.

12.08 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je partage votre souci de couvrir l'ensemble du territoire et je pense qu'il en va de même pour mes collègues. Certes, il est toujours difficile, en matière de projets pilotes organisés sur des zones et sur des bases volontaires, d'harmoniser par la suite. Mais si je n'ai pas eu de contacts avec les plates-formes et les acteurs en Région flamande, j'en ai eu par contre avec toute la Wallonie et Bruxelles.

12.06 **Maggie De Block**, ministre: Il importe que tous les patients, où qu'ils soient, reçoivent les soins adéquats. C'est la raison pour laquelle nous voulons étendre la couverture afin de combler une fois pour toutes les lacunes.

Nous devons évidemment tenir compte de ce qui existe déjà sur le terrain aujourd'hui. Nous essayons de voir quels hôpitaux travaillent avec quels réseaux mais un minimum d'uniformité sera nécessaire dans le financement et le nombre d'ETP.

S'il y a des frais de fonctionnement pendant cinq ans, utiliser ces moyens à d'autres fins ne témoigne pas d'honnêteté ni de bonne gouvernance. Je suis toujours disposée à parler d'éventuelles mesures transitoires mais je ne peux en aucun cas tolérer de telles pratiques.

12.07 **Renate Huffkens** (N-VA): Le dossier des soins de santé mentale requiert en effet une approche intégrale.

12.08 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Er wordt in Wallonië en Brussel niet overlegd over de provinciale organisatie en criteria. De belangen van de ziekenhuizen schijnen belangrijker te zijn dan een goede spreiding over het grondgebied. Ik verzoek u daar-

D'après mon ressenti et les informations en ma possession, il n'y a aucune concertation pour travailler ensemble sur les critères et l'organisation. Ainsi, en province de Liège, où il y a une plate-forme qui couvre une zone et un nombre énormes d'habitants, les besoins ne sont pas rencontrés. Quand, dans le Hainaut, vous ne construisez pas avec les acteurs au sujet de l'organisation, il est clair que telle partie veut se rattacher tel autre morceau du Hainaut et ce sont des intérêts de structure hospitalière, des intérêts de structure de soins qui passent en premier et pas ceux de la couverture du territoire.

Aussi, je vous invite à mettre en place un système de concertation avec les acteurs de terrain et pas seulement avec les associations et les fédérations d'hôpitaux ou quelques chercheurs en chambre. Il en va de même pour les normes de personnel. Pourquoi 8 équivalents temps plein pour 100 000 habitants? Il faut que les gens puissent comprendre la pertinence de cette proportion.

Ma question concernant le problème des gels de lits lorsque dans certaines régions, les hôpitaux n'ont pas suffisamment de capacité hospitalière n'est pas une question précise. Lorsque nous avons lancé la première phase 107, des régions n'ont pas pu développer un projet 107 pour cause d'insuffisance de lits à geler pour pouvoir répondre aux critères. Si aujourd'hui, lors d'un nouvel appel pour ce projet, on conserve les mêmes critères, ces régions (Brabant, Luxembourg et le sud du Hainaut) ne pourront pas en introduire un, simplement parce qu'elles n'ont pas la capacité de lits hospitaliers à geler. C'est à ce sujet que je voulais attirer votre attention.

Si les trois universités ont effectué un travail d'évaluation sans consulter les acteurs de terrain, il faut organiser une rencontre entre les acteurs de terrain et les auteurs de ces recherches, car on ignore l'objet de leurs évaluations, leur façon de procéder et les conclusions, recommandations qu'ils en retirent.

12.09 **Maggie De Block**, ministre: Madame Gerkens, les concertations sont toujours en cours. Pour éviter les lacunes et les zones grises, on ne peut garder les mêmes critères pour les autres projets. Je vais me renseigner auprès de mon collaborateur qui suit ce dossier de près.

Comme vous le savez, il faut d'abord essayer d'avoir une vision claire de l'organisation sur le terrain. C'est la première fois que nous allons organiser cela sur tout le territoire. J'ai bien noté votre souci.

Je pense que le chiffre de 8 équivalents temps plein par 100 000 habitants provient des universités mais je dois vérifier.

J'ai bien noté qu'il faut plus de rencontres avec les gens de terrain mais il faut quand même avoir assez d'éléments de discussion. Je pense que vous allez un peu trop vite. Il faut d'abord avoir une vision claire de ce qui se passe et le reste sera réglé ensuite. Comme vous le dites, il y a des différences, il y a des régions où il n'y a pas assez de lits. Et comme Mme Muylle l'a dit, il faut aussi respecter tout ce qui existe déjà.

Nous sommes en train de faire un travail immense en peu de temps. Dix projets pilotes existent depuis cinq ans. Il y a beaucoup d'inquiétude sur le terrain. Les personnes de terrain travaillent "faisant

over overleg te organiseren met de mensen in het veld.

Sommige gebieden konden niet deelnemen aan de eerste fase van het project-107, omdat er onvoldoende bedden konden worden "bevroren" om aan de criteria te beantwoorden. Als de criteria niet worden aangepast, zullen de desbetreffende gebieden (Brabant, Luxemburg en het zuiden van Henegouwen) dit keer evenmin een project kunnen opzetten.

Er moet een ontmoeting worden georganiseerd tussen de practici en de universiteiten die de evaluaties hebben opgesteld.

12.09 **Minister Maggie De Block**: Er wordt overleg gepleegd. Men kan niet dezelfde criteria behouden om grijze zones te voorkomen. Men moet eerst trachten duidelijk te zien hoe een en ander in de praktijk verloopt vooraleer men iets dergelijks voor de eerste keer op ons grondgebied op poten kan zetten. Ik denk dat dat cijfer van 8 fte's per 100.000 inwoners van de universiteiten komt. Ik heb genoteerd dat we meer veldwerkers moeten ontmoeten maar dan moet men ook weten over wat men kan praten. Er zijn regionale verschillen en men moet rekening houden met de bestaande realiteit.

Er lopen sinds vijf jaar tien proefprojecten. Maar die mensen, vaak jongeren, willen niet altijd dezelfde taken blijven uitvoeren.

fonction" et ne souhaitent pas toujours poursuivre. Nous devons essayer de construire un réseau structurel et stable, pour motiver un peu plus le personnel et lui offrir plus de perspectives car il s'agit souvent de jeunes gens. Nous devrons procéder à un *fine tuning* en fonction de ce qui existe depuis longtemps ou de ce qui est à créer. C'est un grand travail. Je vais me renseigner auprès de mon collaborateur qui est vraiment plongé dans ce projet.

12.10 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Il serait bien que les universités rencontrent les acteurs du projet avant de conclure leurs études.

Er moet een structureel en stabiel netwerk worden uitgebouwd om de personeelsleden te motiveren en hun perspectieven aan te bieden. Een en ander moet nog verfijnd worden. Ik zal me dus bij mijn medewerker informeren.

12.10 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): De universiteiten zouden de actoren van het project moeten ontmoeten vooraleer ze hun studies afronden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de M. Richard Miller à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pratique en Belgique de la thérapie par chélation et les soupçons de charlatanisme" (n° 6506)

13 Vraag van de heer Richard Miller aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toepassen van chelatietherapie in België en de vermoedens van kwakzalverij" (nr. 6506)

13.01 Richard Miller (MR): Madame la présidente, madame la ministre, lors des auditions organisées dans le cadre de notre commission de la Santé publique au sujet de la maladie de Lyme, j'ai pu m'entretenir avec plusieurs patients qui m'ont dit que la thérapie par chélation leur avait été recommandée.

J'ai été un peu surpris. J'avais eu l'occasion d'interroger au Sénat votre prédécesseur. La réponse m'avait semblé fort vague. Aussi ai-je souhaité revenir vers vous avec ce sujet, ces patients m'en ayant reparlé.

La thérapie par chélation comporte l'administration d'une substance qui se combine à des produits chimiques métalliques pour augmenter leur excrétion par les reins. La forme la plus courante est une série d'injections intraveineuses contenant un agent chélateur et une variété d'autres substances. Les médecins qui recommandent et pratiquent la thérapie par chélation – laquelle fait partie de leur pratique médicale constante – affirment qu'elle est efficace comme traitement de l'autisme, de maladies cardiaques et de nombre de maladies rares.

Le test urinaire qui est utilisé laisse penser au patient qu'il est empoisonné par le plomb ou le mercure. La procédure est en fait une analyse "provoquée" dans laquelle l'agent chélateur est administré avant que l'échantillon sanguin ne soit obtenu. Cela augmente le taux de plomb, de mercure et/ou d'autres métaux lourds dans l'urine. Le rapport de l'analyse, dont une copie est remise au patient, déclare que ses "valeurs de référence" sont pour des échantillons non provoqués, alors qu'ils sont provoqués. Toutefois, si un niveau d'analyse excède les valeurs de référence, il est rapporté comme "élevé" même s'il devait être considéré comme non significatif. Le patient est alors avisé de subir une désintoxication avec la thérapie de chélation, d'autres traitements intraveineux et des suppléments diététiques que le praticien peut vendre.

Or, madame la ministre, en consultant quelques sites relatifs à cette

13.01 Richard Miller (MR): Tijdens de hoorzittingen in onze commissie in verband met de ziekte van Lyme hebben verschillende patiënten mij gezegd dat hun chelatietherapie was geadviseerd. Daar stond ik toch wel van te kijken.

Uw voorganger had mij een zeer vaag antwoord gegeven toen ik haar in de Senaat hierover ondervroeg.

Chelatietherapie bestaat erin een stof toe te dienen die zich hecht aan (zware) metalen in het bloed, zodat ze in sterkere mate worden afgescheiden via de nieren.

De artsen die die techniek aanbevelen, claimen dat ze doeltreffend is bij de behandeling van autisme, hartaandoeningen en tal van zeldzame ziekten.

De patiënt krijgt een stof toegediend waardoor het gehalte aan zware metalen van de urine stijgt, waarna er een staal wordt genomen en er op grond van de analyse daarvan geconcludeerd wordt dat de waarden van de patiënt de referentiewaarden overschrijden. De patiënt wordt dan ook aangeraden zijn lichaam te

thérapie, on peut lire qu'aucun diagnostic de toxicité par le plomb ou le mercure ne doit être posé à moins que le patient présente des symptômes d'empoisonnement par des métaux lourds ou un taux plus élevé de ces métaux dans le sang sans avoir subi de provocation.

La thérapie par chélation me semble dangereuse; elle conduit à un appauvrissement généralisé en sels minéraux, voire à des intoxications graves. Selon les sites que j'ai consultés, plusieurs enfants auraient été hospitalisés.

En France, cette thérapie était portée par une association appelée Fil d'Ariane. La principale responsable de cette association aurait été récemment radiée de l'Ordre des médecins.

Le discours des tenants de cette théorie s'articule évidemment autour des points que l'on entend couramment: les médecins se tiennent entre eux, quiconque contredit la thérapie fait partie du "complot" orchestré par les entreprises pharmaceutiques, etc.

Madame la ministre, que savent vos services à propos de cette thérapie par chélation? Quelle appréciation portent-ils sur celle-ci? Dispose-t-on d'une évaluation?

13.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Miller, la pratique que vous décrivez suggère l'exercice illégal de la médecine ou une autre infraction.

La chélation peut être indiquée et justifiée à condition d'être pratiquée par des prestataires compétents et responsables.

À première vue, aucune plainte ou dénonciation de pratique irresponsable ou illégale n'a été reçue jusqu'à maintenant. Vous suggérez que ces pratiques existent. Il faut conseiller aux personnes qui y ont été confrontées de porter plainte ou auprès de la Commission médicale provinciale. Il faut des plaintes pour procéder à des contrôles spécifiques.

Si vous connaissez des patients qui ont vécu ce genre de pratiques et qui sont mécontents de leur traitement – qui me semble aussi assez bizarre, mais je ne suis pas experte en ce domaine – il faut les inciter à dénoncer cela auprès des Commissions médicales provinciales. Mais jusqu'à maintenant, nous n'avons aucune plainte. Nous ne savons pas faire grand-chose sur base de rumeurs. Mais vous avez bien étayé votre question. Je pense qu'il faut vraiment guider les patients vers cette démarche.

13.03 Richard Miller (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il faut effectivement des plaintes. C'est tout à fait normal. Mais j'ai le sentiment que suite au développement de certaines maladies rares, ce type de thérapie est de plus en plus recommandé. Je ferai part de votre réponse aux personnes qui m'en avaient parlé.

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

ontgiften door middel van chelatietherapie en andere behandelingen die de therapeut eventueel aanbiedt.

Volgens mij is chelatietherapie gevaarlijk, omdat ze tot een algemeen tekort aan de minerale zouten en zelfs tot zware vergiftigingen leidt.

Naar verluidt werd een arts die chelatietherapie toepaste in Frankrijk, onlangs door de artsenorde geschrapt.

Wat weten uw diensten van chelatietherapie? Hoe wordt die therapie beoordeeld? Is er al een evaluatie beschikbaar?

13.02 Minister Maggie De Block: De feiten die u beschrijft wekken de indruk dat er sprake is van onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Chelatietherapie kan aangewezen zijn op voorwaarde dat ze wordt toegediend door bekwame en verantwoordelijke zorgverleners.

Er werd geen enkele klacht ingediend wegens onverantwoorde of illegale praktijken. De personen die met dergelijke praktijken werden geconfronteerd, kan ik alleen maar aanraden een klacht in te dienen of aangifte te doen bij de Provinciale Geneeskundige Commissies. Zonder klacht kunnen wij niets doen.

13.03 Richard Miller (MR): Ik heb het gevoel dat door de grotere incidentie van bepaalde zeldzame ziekten deze therapie ook vaker wordt aanbevolen. Ik zal uw antwoord aan de betrokkenen doorspelen.

La **présidente**: La question n° 6507 de M. Jean-Jacques Flahaux est transformée en question écrite. Les questions jointes n° 6508, 6509, 6510 de M. Jean-Jacques Flahaux, n° 6547 de Mme Catherine Fonck et n° 6940 de Mme Anne Dedry sont reportées.

De **voorzitter**: Vraag nr. 6507 van de heer Flahaux is omgezet in een schriftelijke vraag. De samengevoegde vragen nrs 6508, 6509 en 6510 van de heer Flahaux, nr. 6547 van mevrouw Fonck en nr. 6940 van mevrouw Dedry worden uitgesteld.

14 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délivrance de pilules contraceptives et de pilules du lendemain par les centres de planning familial" (n° 6516)

14 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verstrekken van de pil en de morning-afterpil door centra voor gezinsplanning" (nr. 6516)

14.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, depuis des années, les centres de planning familial délivrent des pilules contraceptives et des pilules du lendemain aux jeunes filles qui le souhaitent. Ces centres constituent en effet des lieux d'accueil importants où chacun peut trouver une aide en matière de vie sexuelle et affective.

En Région wallonne, on estime à 30 000 le nombre de pilules contraceptives et à 5 000 le nombre de pilules du lendemain distribuées chaque année dans les plannings.

Aujourd'hui, plus de 80 % des centres de planning familial installés en Région wallonne ne permettent plus cette délivrance, estimant nécessaire de suivre la législation en matière de délivrance de médicaments. Les autres continuent à fonctionner comme ils l'ont toujours fait, même s'ils se savent dans l'illégalité.

Selon l'arrêté royal n° 78 de 1967, un médicament doit en effet, hormis quelques exceptions, être prescrit par un médecin et délivré par un pharmacien. La pilule étant un médicament, elle ne peut être délivrée sans consultation médicale.

Le problème, c'est qu'actuellement de nombreux centres de planning familial ne disposent pas d'un médecin présent en permanence. Nous craignons donc aujourd'hui une possible augmentation du nombre d'IVG en raison de la non-délivrance de la pilule du lendemain par ces centres. Il est fort probable que les filles jeunes ou moins jeunes et parfois précarisées qui veulent se procurer cette pilule n'aillent pas la demander dans une pharmacie, où elles ne bénéficieront pas de l'anonymat qui est garanti dans les centres de planning familial et qu'elles devront en plus payer si elles ont plus de 21 ans.

Madame la ministre, je suppose que cette problématique ne vous est pas inconnue. Des contacts ont-ils déjà été pris avec vos collègues des entités fédérées sur le sujet?

Des pistes de solution sont-elles envisagées à court terme pour permettre aux centres de continuer à pouvoir venir en aide dans l'urgence à ces filles?

14.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, je vous remercie pour votre question.

14.01 André Frédéric (PS): In de centra voor gezinsplanning kunnen jonge meisjes de pil en de morning-afterpil verkrijgen. Meer dan 80 procent van de Waalse centra reikt die pillen echter niet meer uit omdat ze het nodig vinden de wetgeving na te leven. Die bepaalt dat een geneesmiddel door een arts moet worden voorgeschreven en door een apotheker moet worden afgeleverd. Aangezien de uitreiking in een apotheek echter niet de anonimiteit garandeert die in de centra voor gezinsplanning wel mogelijk is, valt een toename van het aantal zwangerschapsonderbrekingen niet uit te sluiten.

Heeft u dit issue met uw gewestelijke ambtgenoten besproken? Hoe zorgt men ervoor dat de centra voor gezinsplanning die jonge meisjes in noodsituaties kunnen blijven bijstaan?

14.02 Minister Maggie De Block: Dit probleem is ontstaan doordat te weinig artsen bereid zijn bij de

Je suis en effet au courant du problème que vous soulevez. La problématique de la continuité des soins dans les centres de planning familial découle d'un manque de médecins disposés à s'engager pour une fonction dans ces centres.

Dans la limite du possible et du raisonnable et conformément à mes compétences, je collaborerai de manière constructive pour apporter une solution.

En novembre 2014, le Conseil fédéral des sages-femmes a formulé un avis concernant la compétence de la sage-femme au sein du planning familial. Suite aux propositions formulées dans l'avis, j'ai demandé au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes de se prononcer sur cette question.

Vous comprendrez que les compétences des prestataires de soins doivent correspondre aux compétences requises.

Dans cette optique, j'examinerai avec beaucoup de soin quelles actions pourraient apporter une réponse à cette question.

14.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie d'en être consciente. C'est déjà fort bien.

Au début de votre intervention, vous avez fait le point sur la Conférence interministérielle. Est-il vrai qu'à cette occasion, la Région wallonne aurait soumis l'idée qu'on puisse modifier l'arrêté royal afin que les infirmiers soient habilités à délivrer ces pilules et que vous auriez marqué un intérêt positif à cette suggestion?

14.04 Maggie De Block, ministre: C'est vrai.

14.05 André Frédéric (PS): On va donc avancer, mais qu'allez-vous faire à l'égard des centres de planning, puisque certains continuent à en distribuer?

14.06 Maggie De Block, ministre: L'aide n'est pas interrompue mais certains centres sont dépourvus de médecin. Il faut donc trouver une solution structurelle. Il me semble utile d'aller dans le sens d'une supervision médicale. Cela dit, dans la pratique, il n'est pas possible de disposer d'un médecin dans chaque centre.

14.07 André Frédéric (PS): Je vous remercie beaucoup, madame la ministre.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

15 Questions jointes de

- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments utilisés off-label" (n° 6529)**

- **M. Benoît Friart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'encadrement de l'usage off-label des médicaments" (n° 6629)**

15 Samengevoegde vragen van

- **de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het offlabel**

centra voor gezinsplanning aan de slag te gaan. Ik zal in de mate van het mogelijke en het redelijke tot een oplossing bijdragen. Naar aanleiding van voorstellen die door de Federale Raad voor de Vroedvrouwen over de bevoegdheid van de vroedvrouw in het kader van de gezinsplanning werden geformuleerd, heb ik de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen verzocht zich over deze kwestie uit te spreken.

14.03 André Frédéric (PS): Volgens het Waals Gewest zou de wet moet worden aangepast opdat de verpleegkundigen die pillen zouden kunnen verstrekken en u zou het daarmee eens zijn.

14.04 Minister Maggie De Block: Dat klopt.

14.05 André Frédéric (PS): Wat zullen de centra voor gezinsplanning in afwachting doen?

14.06 Minister Maggie De Block: De centra blijven hulp aanbieden maar er zal niet altijd een arts aanwezig zijn. We moeten een langetermijnoplossing vinden, die ongetwijfeld in die richting zal gaan.

gebruik van geneesmiddelen" (nr. 6529)

- de heer Benoît Friart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de omkadering van het offlabel geneesmiddelengebruik" (nr. 6629)

15.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, selon un rapport du KCE, certains médecins prescrivent régulièrement des médicaments *off-label*. Lorsqu'un médicament est utilisé en dehors du dosage, du groupe d'âge ou de patients, de l'indication thérapeutique et/ou de la voie d'administration autorisés, on parle d'utilisation "hors autorisation de mise sur le marché" ou utilisation *off-label*. Toujours selon cette étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, ces prescriptions seraient surtout utilisées chez les enfants, les femmes enceintes, les patients cancéreux, les malades du VIH-sida ou les personnes en soins palliatifs. 80 % des médicaments prescrits en pédiatrie concerneraient l'usage *off-label*.

Si parfois, c'est la seule solution pour traiter un patient, cette méthode ne garantit pas toujours l'efficacité et n'est pas sans risque. Le KCE propose donc que des preuves scientifiques fiables soient rassemblées par rapport à ces usages, et qu'en cas de preuves négatives, le *off-label* soit interdit et que, dans le cas contraire, on puisse mettre en place différentes mesures pour que le produit utilisé en *off-label* le soit en toute sécurité, qu'il soit efficace et efficient.

Madame la ministre, avez-vous déjà pris connaissance de ce rapport du KCE? Entendez-vous prendre des mesures pour rencontrer les recommandations émises par celui-ci? Si oui, quelles pourraient être ces mesures?

15.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, on a pris connaissance du rapport du KCE concernant l'usage *off-label* des médicaments. Ce rapport étant très récent, il devra encore être analysé en détail, en tenant compte également des résultats de l'étude *off-label* réalisée par la Commission européenne ainsi que de l'évolution des discussions au sein du groupe de travail "*safe and timely access to medicines for patients*" de la Commission européenne.

À ce jour, différentes initiatives ont été prises aux niveaux européen et national pour encadrer et limiter l'usage *off-label*. Il s'agit notamment de la réglementation européenne prévoyant des mesures afin d'assurer la collecte des données nécessaires pour définir les conditions d'utilisation d'un médicament chez l'enfant. Il est notamment prévu qu'à l'avenir, tout nouveau médicament ou toute nouvelle indication non encore enregistrée dans l'Union européenne fasse l'objet d'un développement pratique pédiatrique spécifique pour peu que le besoin en soit justifié.

Pour ce qui concerne les médicaments déjà sur le marché qui ne sont plus protégés par un certificat de protection supplémentaire et qui ne procèdent pas d'indications pédiatriques mais qui sont néanmoins prescrits chez l'enfant, d'autres dispositions légales ont été prévues. Il s'agit d'une nouvelle autorisation européenne de mise sur le marché exclusivement pédiatrique reprise sous l'appellation *paediatric-use marketing authorisation* (PUMA). Cette nouvelle autorisation est assortie d'une protection de 10 ans obtenue sur une base volontaire et sur la base d'un *paediatric investigation plan* en bonne et due forme, menée par la firme intéressée.

15.01 André Frédéric (PS): Volgens een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) schrijven sommige artsen geregeld geneesmiddelen offlabel voor, dus voor niet-vergunde indicaties. Soms is dat de enige mogelijke behandeling voor een patiënt, maar die werkwijze biedt geen garantie qua werkzaamheid en houdt risico's in.

Het KCE stelt voor dat er wetenschappelijk bewijs zou worden verzameld over offlabel gebruik, om de veiligheid en de werkzaamheid van de producten te garanderen.

Zal u maatregelen nemen om aan die aanbevelingen tegemoet te komen?

15.02 Minister Maggie De Block: Het zeer recente rapport van het KCE moet nog worden geanalyseerd in het licht van de resultaten van de studie van de Europese Commissie over dit onderwerp, alsook van de evolutie van de besprekingen in de werkgroep *Safe and Timely Access to Medicines for Patients* van de Europese Commissie.

Er werden op het Europese en het nationale niveau diverse initiatieven genomen om offlabel gebruik te reguleren en te beperken, meer bepaald voor het gebruik van geneesmiddelen voor kinderen. Voor elk nieuw geneesmiddel en voor elke in de Europese Unie nog niet geregistreerde indicatie zal er, als dat nodig blijkt, een specifiek en praktijkgericht pediatrisch onderzoek vereist zijn.

Voor een geneesmiddel dat reeds in de handel is, dat niet langer beschermd wordt door een aanvul-

En ce qui concerne l'utilisation *off-label* des médicaments dans le cadre d'une indication avec un besoin médical non rencontré, il existe des programmes d'usage compassionnels qui consistent à mettre à disposition des patients, un médicament innovant qui ne possède pas encore d'autorisation de mise sur le marché mais pour lequel des études cliniques de phase 3 sont en cours ou sont déjà finalisées.

Une autre possibilité est le recours aux programmes médicaux d'urgence (le Medical Need Program) qui consiste à mettre à disposition des patients un médicament qui possède une autorisation de mise sur le marché en vue d'être utilisé pour une indication qui n'est pas approuvée dans le cadre de ladite autorisation.

La législation nationale concernant ces deux types de programmes a été revue en 2014. C'est ainsi qu'un nouveau processus a été mis en place au sein de la division Recherche et Développement du directeur général de pré-autorisation de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) en collaboration avec l'INAMI. Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'Agence.

En ce qui concerne les recommandations du KCE, une évaluation approfondie des mesures proposées est en cours. Il est ici notamment question des actions à mener au niveau des instances européennes et des firmes. Il pourrait également s'agir de la promotion d'études indépendantes financées par les autorités en collaboration avec les centres d'expertise.

Je rappelle que lorsque l'usage *off-label* ne peut être évité, celui-ci doit être correctement encadré en termes de pharmacovigilance et cet usage se fait sous la responsabilité du médecin prescripteur qui doit en informer son patient.

lend beschermingscertificaat en waarvoor er geen pediatrische indicatie bestaat, maar dat toch wordt voorgeschreven aan kinderen, bestaat er een nieuwe Europese regelgeving betreffende de vergunning voor het in de handel brengen voor pediatrisch gebruik (*Pediatric Use Marketing Authorisation* of PUMA). Die vergunning gaat gepaard met een beschermingstermijn van tien jaar, die op vrijwillige basis wordt verkregen, op grond van een *pediatric investigation plan* dat door de betrokken firma wordt uitgevoerd.

In verband met het offlabel gebruik in het kader van een onbeantwoorde medische behoefte bestaan er programma's om een innovatief geneesmiddel dat nog niet beschikt over een vergunning voor het in de handel brengen, maar waarvoor klinische studies van fase 3 aan de gang zijn of afgerond werden, ter beschikking te stellen. Er bestaan ook medische noodprogramma's, waardoor een geneesmiddel ter beschikking kan worden gesteld voor een indicatie die niet werd goedgekeurd in de vergunning voor het in de handel brengen.

Onze nationale wetgeving werd in 2014 herzien en er werd een nieuw proces ingevoerd bij de divisie Onderzoek & ontwikkeling van het FAGG, in samenwerking met het RIZIV.

Wat de aanbevelingen van het KCE betreft, is er een grondige evaluatie van de voorgestelde maatregelen aan de gang. Er is sprake van maatregelen op het niveau van de Europese instanties en de farmaceutische bedrijven en er wordt gedacht aan onafhankelijke, door de autoriteiten gefinancierde studies, in samenwerking met de expertisecentra.

Soms is offlabel gebruik niet te vermijden. Een goede geneesmiddelenbewaking is dan van

belang. Het is de voorschrijvende arts die in dezen de verantwoordelijkheid draagt.

15.03 André Frédéric (PS): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions jointes n° 6530 de Mme Nathalie Muylle et n° 6602 de Mme Monica De Coninck sont transformées en questions écrites.

16 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les accouchements par césarienne" (n° 6532)

16 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal keizersnedes" (nr. 6532)

16.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon une enquête d'un organisme mutuelliste, 20 % des naissances en Belgique se feraient actuellement par césarienne. Or, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère que le taux idéal de césariennes devrait se situer entre 10 % et 15 %. En Belgique, on constate également que ce taux varie fortement en fonction de l'institution hospitalière prise en compte.

Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut en effet prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. Toutefois, comme l'indique l'OMS: "Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne est associée à des risques à court et à long termes pouvant perdurer plusieurs années après l'accouchement et affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures." La césarienne est donc loin d'être anodine.

Par ailleurs, comme le souligne aussi l'enquête, ce type d'accouchement a un impact financier non négligeable pour l'assurance soins de santé. Ainsi, un accouchement par voie basse coûte en moyenne 3 673 euros (dont 2 695 euros remboursés) contre 4 705 euros (dont 3 360 euros remboursés) pour un accouchement par césarienne.

Madame la ministre, pouvez-vous confirmer les chiffres présentés dans cette enquête? Disposez-vous de chiffres précis sur le taux de césariennes pratiquées dans notre pays? Des études concernant l'évolution de ce taux dans notre pays ont-elles été menées récemment? Comment expliquez-vous que ce taux soit si élevé? Estimez-vous nécessaire d'atteindre le taux maximal fixé par l'OMS en la matière? Si oui, quelles mesures envisagez-vous de prendre? Des concertations avec les professionnels de soins et les acteurs de terrain sont-elles envisagées dans ce cadre?

16.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, les coûts pour la césarienne et l'accouchement normal n'ont pas pu subir de gros changements puisque cette partie de la nomenclature n'a pas été modifiée depuis des années. Par contre, le pourcentage de césariennes est passé de 19,19 % en 2005 à 21,02 % en 2014. J'ai un tableau détaillé à votre disposition.

16.01 André Frédéric (PS): In België zou een op de vijf bevallingen met een keizersnede gebeuren. De WGO stelt een norm van 10 à 15 % voorop. Hoewel men met die medisch verantwoorde techniek moeder- en zuigelingensterfte kan voorkomen, zijn er ook risico's op korte en lange termijn aan verbonden.

Bovendien kost een vaginale bevalling 3.673 euro (waarvan er 2.695 euro terugbetaald wordt) tegenover 4.705 euro (waarvan er 3.360 euro terugbetaald worden) voor een keizersnede.

Kan u die cijfers, die uit een onderzoek van een ziekenfonds komen, bevestigen? Beschikt u over precieze cijfers met betrekking tot het aantal keizersnedes in België? Bestaan er recente studies over de evolutie van dat percentage? Hoe verklaart u dat erg hoge percentage? Moeten we het door de WGO vastgelegde plafond trachten te bereiken? Zo ja, welke maatregelen overweegt u te nemen? Zal er met de practitioners en veldwerkers overleg worden gepleegd?

16.02 Minister Maggie De Block: De aan de twee typen bevallingen verbonden kosten zijn niet geëvolueerd omdat de nomenclatuur ongewijzigd is gebleven, maar het aandeel van de keizersnedes is

Le nombre absolu de césariennes stagne autour de 24 500 depuis 2011 mais le nombre de naissances a diminué légèrement, d'où la croissance du pourcentage de césariennes. Ces chiffres proviennent de l'actuariat au sein de l'INAMI et sont compilés chaque trimestre sur base des chiffres que les organismes assureurs sont obligés de livrer dans le cadre du suivi des dépenses. Les causes supposées de l'augmentation du nombre de césariennes sont décrites dans un rapport de 2013 de l'OCDE.

Il est notamment indiqué que le risque lié à une césarienne a diminué. Des raisons médico-légales et la gestion du temps peuvent éventuellement expliquer la hausse.

Selon la déclaration de l'OMS, il ne faut pas viser un pourcentage déterminé en soi, mais une césarienne doit être proposée si nécessaire. Lorsque l'on évalue la proportion de césariennes au sein d'un établissement, il convient de tenir compte des caractéristiques de la population. L'OMS élabore actuellement l'indicateur de Robson à cet effet. Celui-ci permettra de mieux comprendre les écarts qui sont constatés entre les établissements en ce qui concerne le pourcentage de césariennes. La variation n'est pas seulement constatée en Belgique. Le taux moyen de césariennes dans les États membres, repris dans le rapport de l'OCDE, s'élève à 26,9 %. Le pourcentage belge est donc très inférieur à cette moyenne.

En revanche, comme vous l'indiquez, il ressort du rapport de l'OMS que des taux de césariennes à l'échelle de la population supérieurs à 10 % ne sont plus associés à une baisse de la mortalité maternelle ou néonatale.

Des contacts épistolaires ont déjà été pris par ma cellule stratégique avec des associations scientifiques ainsi qu'avec un syndicat de médecins. Plusieurs initiatives ont vu le jour, telles la Plateforme pour une naissance respectée en Wallonie et la campagne "Normale Geboorte" en Flandre.

Nous examinerons conjointement avec les groupes professionnels quelles actions peuvent être entreprises pour faire baisser ce pourcentage. Si une césarienne est nécessaire, il va de soi qu'il ne faut pas l'empêcher, mais nous allons essayer de diminuer leur fréquence, qui est quand même élevée dans notre pays.

van 19,19 % in 2005 naar 21,02 % in 2014 gestegen.

Volgens het RIZIV stagneert hun aantal sinds 2011 rond 24.500 maar het aantal geboorten is lichtjes teruggelopen. De oorzaken van die stijging worden in het OESO-verslag van 2013 beschreven.

In het OESO-rapport 2013 worden de vermoedelijke oorzaken van het hogere aantal keizersneden vermeld: het verminderde risico van een dergelijke operatie, bepaalde bij wet vastgestelde medische redenen en een gemakkelijkere inplanning.

Volgens de WHO mag men zich niet blind staren op een percentage en moet een keizersnede worden geadviseerd als dat nodig is.

Als men het per instelling bekijkt, moet men rekening houden met de kenmerken van de bevolking. De WHO sleutelt in dat verband momenteel aan de Robsonclassificatie. Daarmee kan een beter inzicht worden verkregen in de grote verschillen die er tussen de instellingen zijn.

Het percentage keizersneden bedraagt in de lidstaten gemiddeld 26,9. In België ligt dat percentage veel lager.

Percentages van 10 % of meer op nationaal niveau worden niet langer in verband gebracht met een daling van het sterftecijfer bij de moeder of de pasgeborene.

Mijn beleidscel heeft al contacten gelegd met wetenschappelijke organisaties en ook met een van de artsenverenigingen. Er werden al verscheidene initiatieven genomen: het Plateforme pour une naissance respectée en de campagne *Normale Geboorte*.

Wij bekijken samen met de beroepsgroepen via welke acties

we het hoge aantal keizersneden kunnen doen dalen.

16.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toename van het aantal problematische cannabisgebruikers" (nr. 6550)

17 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation du nombre de consommateurs problématiques de cannabis" (n° 6550)

17.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, enkele dagen na de berichtgeving over uw koninklijk besluit betreffende medicinale cannabis, berichtten enkele media over het stijgende aantal jongeren en jongvolwassenen die professionele hulp zoeken om van hun cannabisproblematiek af te geraken. De Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg maakt melding van 600 hulpvragers in 2013. Dat aantal stijgt nog steeds.

Cannabis heeft het imago onschuldig te zijn. Die perceptie wordt versterkt door het label softdrugs, dat de drug krijgt opgeplakt, terwijl de effecten van cannabis steeds harder worden. De sterkte van cannabis wordt bepaald door het percentage THC dat het middel bevat. Vergeleken met de jaren zeventig en tachtig is dat percentage vaak vertienvoudigd, met THC-percentages die in sommige huidige cannabisvarianten tot 15 % en meer oplopen. Hoe zuiverder het product en hoe meer eigen teelt, hoe gevaarlijker de impact is. Het is dat aandeel van THC in cannabis dat op lange termijn geestelijke afhankelijkheid en psychische problemen veroorzaakt. Sommige jongeren zijn door genetische afwijkingen uiteraard gevoeliger.

In 2007 en 2008 heeft het gerenommeerde Britse medische vakschrift *The Lancet* reeds voor een andere classificatie van verdovende middelen, waaronder cannabis, geijverd. Die alternatieve classificatie stelt het tijdschrift voor op basis van drie parameters: ten eerste, de schade aan het menselijk lichaam van de gebruiker; ten tweede, de mate waarin het middel verslavend is; ten derde, de gevolgen die het gebruik ervan voor het gezin en de samenleving heeft.

Ook hulpcentra, zoals De Sleutel, hebben er al meermaals voor gepleit de classificatie van cannabis te herzien.

Nederland, het bekendste cannabisland, voert reeds sinds 2011 ernstige debatten, om cannabis met een hoger THC-percentage ook als harddrug te catalogeren.

Mijn vragen aan u zijn de volgende.

Ten eerste, hoe staat u tegenover de opinie van onder andere *The Lancet*, die stelt dat een andere classificatie van cannabis zich opdringt? Op basis van welke parameters meent u dat die classificatie moet worden bepaald?

Ten tweede, na de bekendmaking van het regeerakkoord werd al aangegeven dat een herziening van het bestaande gedoogbeleid

17.01 Els Van Hoof (CD&V): La Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (association flamande des centres de traitement des dépendances) signale la hausse du nombre de jeunes et de jeunes adultes qui cherchent l'aide de professionnels pour décrocher de leur dépendance au cannabis. Même si la consommation de cannabis bénéficie d'une image anodine, les ravages qu'elle provoque ne cessent de s'aggraver. La teneur en THC du cannabis a décuplé depuis les années 80.

En 2007, la revue professionnelle britannique *The Lancet* proposait une classification alternative des stupéfiants sur la base de leur nocivité sur le corps de l'utilisateur, du degré de dépendance qu'ils induisent et des effets de leur consommation sur l'environnement de l'utilisateur. Des voix s'élèvent aux Pays-Bas pour ranger le cannabis affichant une forte teneur en THC dans la catégorie des drogues dures.

Que pense la ministre de cette classification alternative? Quels devraient être les paramètres de la classification?

L'accord de gouvernement annonce une révision de la politique de tolérance à l'égard des drogues. Où en est cette réforme? Quelles nouvelles initiatives pouvons-nous espérer à court terme?

inzake softdrugs wenselijk is. Hoever staat die herziening? Welke initiatieven hebt u samen met uw collega's reeds genomen? Tot welke concrete resultaten hebben deze tot dusverre geleid?

Wij hebben daarnet tijdens de verslaggeving over de interministeriële conferentie al gehoord dat u een aantal initiatieven hebt gepland.

Welke bijkomende initiatieven mogen wij op korte termijn nog verwachten?

17.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Hoof, volgens mij was u aanwezig bij de verslaggeving van de thematische vergadering Drugs. Daarin wordt samengewerkt met andere departementen, zoals Justitie en Binnenlandse Zaken. Via de interministeriële conferentie kan de samenwerking worden uitgebreid, met bijvoorbeeld de deelstaatsministers, bevoegd voor Onderwijs.

Inzake de drugproblematiek is er veel samenwerking met andere departementen nodig en daarom gebeurt dat in de schoot van de Algemene Cel Drugsbeleid. Deze heeft in maart 2015 een technisch rapport afgeleverd, waarin een onderdeel ook de analyse van het breed cannabisbeleid in ons land is. Dat rapport stond geagendeerd op de thematische vergadering Drugs van de interministeriële conferentie van 19 oktober. De bedoeling is nu, nadat wij akte hebben genomen van dat rapport, dat er beleidsimplicaties worden onderzocht en voorgelegd aan de interministeriële conferentie.

Het is evident dat de gezondheidsrisico's van een psychoactieve stof een van de belangrijkste elementen vormen voor een reglementaire classificatie. Echter, dat risico wordt niet alleen daardoor bepaald, maar ook door de gebruikswijze, de frequentie van het gebruik en de mogelijke kwetsbaarheid van een persoon. Ook de maatschappelijke houding ten opzichte van een psychoactieve stof speelt een rol. Het gaat dus om een geheel van criteria, waartussen een juist evenwicht gevonden moet worden. Dat is een van de moeilijkheden waarmee men wordt geconfronteerd en waaraan natuurlijk moet worden verdergewerkt.

De bedoeling is evenwel om de noodzakelijke stappen te kunnen zetten tegen de zeer volatiele drugmarkt. Elke dag komen er op die markt nog producten bij, spijtig genoeg. Die markt werkt met vraag en aanbod. Nogal wat producten waaien ook over via connecties met het buitenland. Naar die producten wordt ook gezocht, opdat ze op hun samenstelling geanalyseerd kunnen worden. Dat onderzoek gebeurt op door de douane in beslag genomen pillen. Met de douane wordt ook samengewerkt om de wijzigingen in de markt te kunnen vaststellen.

Soms hebben wij vanuit het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid waarschuwingen geuit. Sinds deze zomer zijn dat er twee geweest. Wij stelden immers vast dat in de partydrugs de doses minstens verdubbelden. Er werden ook vijf nieuwe psychoactieve stoffen aangetroffen in de drugs. Bij cannabis zijn er veel verschillen bij wat er op de markt wordt aangeboden. Dat ze verslavend zijn, geldt voor allemaal. Qua gezondheidsrisico's kan echter worden gezegd dat de eerste pil ook meteen de laatste pil kan zijn.

Het is duidelijk dat men voorzichtig moet zijn. Wij trachten ook te

17.02 **Maggie De Block**, ministre: Le problème de la drogue requiert une coopération intense avec d'autres départements. Cette coopération est organisée au sein de la Cellule générale de Politique en matière de drogues. En mars 2015, cette cellule a publié un rapport comprenant une analyse de la politique belge en matière de cannabis. Ce rapport était inscrit à l'ordre du jour de la Réunion thématique Drogues de la Conférence interministérielle du 19 octobre. À présent, nous allons nous atteler à l'examen des implications politiques de ce rapport.

La classification réglementaire se base tout d'abord sur les risques sanitaires d'une substance psychoactive. Ce risque dépend également du mode et de la fréquence de consommation de la substance en question, ainsi que de la vulnérabilité du consommateur. Il y a lieu de trouver le juste équilibre entre ces différents critères.

L'objectif est d'entreprendre les démarches nécessaires pour mettre un terme au commerce illégal de drogues. De nouveaux produits sont introduits quotidiennement sur le marché des stupéfiants. La composition des produits saisis par la douane est analysée. Les dernières modifications opérées sur le marché de la drogue peuvent ainsi être constatées.

Depuis l'été, l'Institut Scientifique de Santé Publique a publié deux mises en garde contre une substance stupéfiante spécifique. Chaque pilule d'ecstasy peut être la dernière. En ce qui concerne le

waarschuwen als ons iets wordtesignaleerd. Het blijft natuurlijk iets dat moet worden aangepakt. Wij kijken daarbij ook wel eens over het muurtje. Nederland vormde altijd de referentie. Het lijkt mij nu wel duidelijk te zijn geworden dat men daar niet de juiste keuzes heeft gemaakt met de coffeeshops en het gedoogbeleid. Wij hebben ervoor geopteerd om geen gedoogbeleid te voeren.

Wat de medicinale cannabis betreft, u weet dat nog maar één medicinale vorm zijn nut heeft bewezen. Het gaat om een zeer welomlijnde groep van patiënten. Men moet multiple sclerose hebben in een bepaalde graad en er moet sprake zijn van spasmen die niet reageren op andere medicatie. Wat dat betreft, zijn er geen uitbreidingen in het vooruitzicht gesteld ondanks de vragen voor cannabisolie, die mijn kabinet overstromen. Zolang er geen wetenschappelijk bewijs is dat afgeleide producten een werking hebben, zijn wij niet van plan om in te gaan op deze vragen.

Er is ter zake nog veel werk aan de winkel. Het rapport van de Algemene Cel Drugsbeleid was vrij lijvig. Het ging niet alleen over cannabis. Wij werken verder aan de mogelijke beleidsimplicaties die telkens moeten worden voorgelegd aan de interministeriële conferentie met terugkoppeling naar de andere regeringen in dit land.

17.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik voel duidelijk dat u nog in exploratie bent, maar ook bezorgd bent over de impact van steeds meer variërende, gevaarlijke drugs. Het lijkt mij allemaal nog onvoldoende onderzocht hoe bepaalde drugs zekere genetische afwijkingen met psychologische gevolgen vroeger dan verwacht doen oplaaien. Daarvoor lijken zekere stoffen verantwoordelijk. Ik denk bijvoorbeeld aan manisch-depressieve mensen, iets waarvan de kansen dikwijls ook genetisch zijn bepaald. Dat wordt allemaal nog onderzocht, maar precies die drugs zorgen ervoor dat men veel vroeger hiermee wordt geconfronteerd dan verwacht.

Er zal nog heel wat aandacht voor en onderzoek naar nodig zijn, maar hopelijk kunnen er tegen volgend jaar al wat conclusies worden getrokken. Ik heb daarstraks immers begrepen dat dit iets voor november 2016 zou zijn. Ik volg de zaken op.

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

De **voorzitter**: De vragen nrs 6555 en 6557 van mevrouw Yoleen Van Camp worden uitgesteld.

Vraag nr. 6564 van mevrouw Muylle wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

18 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "cannabis als softdrug en gevaarlijke xtc-pillen" (nr. 6590)

18 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le

cannabis, les divers produits proposés sur le marché présentent de grandes différences entre eux.

La politique de tolérance suivie aux Pays-Bas est un échec. Nous avons opté pour une autre stratégie. L'efficacité du cannabis médical n'a été prouvée que pour certains patients atteints de sclérose en plaques. Je n'ai pas l'intention de répondre favorablement aux nombreuses demandes visant à autoriser le cannabis médical tant que les effets des produits dérivés n'auront pas été prouvés scientifiquement.

Nous nous employons actuellement à définir les implications en termes politiques du rapport de la Cellule générale de Politique en matière de drogues. Ces éléments devront être soumis ensuite à la conférence interministérielle ainsi qu'aux entités fédérées.

17.03 Els Van Hoof (CD&V): L'on n'a pas encore suffisamment analysé comment certaines drogues peuvent accélérer la survenance de troubles psychiques génétiques. J'espère que des conclusions pourront être formulées d'ici l'année prochaine.

La **présidente**: Les questions n^{os} 6555 et 6557 de Mme Van Camp sont reportées. La question n^o 6564 de Mme Muylle est transformée en question écrite.

cannabis comme drogue douce et les pilules d'ecstasy dangereuses" (n° 6590)

18.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, zoals ik al aan het secretariaat heb laten weten, begrijp ik niet goed waarom mijn vraag niet met de vorige is samengevoegd. Zij zijn immers zo goed als identiek, behalve dan dat die van mij er nog een stukje bij heeft.

Mevrouw de minister, ik wil u net als collega Van Hoof een vraag stellen over de classificatie van cannabis, nu gebleken is dat er steeds hogere gehalten THC in zitten. Ik zal het allemaal niet herhalen. Dat debat is daarnet al gevoerd. Mijns inziens is er geen antwoord gegeven op de vraag hoe u die classificatie ziet en of u zult onderzoek of ze veranderd moet worden. U hebt wel aangegeven dat het over meer gaat dan enkel over het THC-gehalte, maar de echte vraag is natuurlijk of u het ermee eens bent dat wij moeten bekijken of wij de classificatie moeten en kunnen veranderen.

Op de vraag welke stappen er worden ondernomen om zoals gesteld is in het regeerakkoord het gedoogbeleid op te heffen, hebt u wel geantwoord. Ik heb gehoord dat november 2016 een richtmoment is om al enkele conclusies ter bespreking te leggen. Het zou fijn zijn als wij op dat moment in de commissie wat dieper kunnen ingaan op dat onderwerp, wel of niet in samenwerking met andere commissies. Ik meen dat dit geen onbelangrijk thema is.

Ik wil u nog een bijkomende vraag stellen. U hebt in uw antwoord aan mevrouw Van Hoof aangehaald dat u de jongste maanden met enkele andere zaken in verband met drugs te maken hebt gehad. U hebt onlangs terecht via verscheidene mediakanalen gewaarschuwd voor de gevaarlijke variant van ecstasy die nu op de markt is, en die door haar samenstelling een direct gevaar betekent voor de gebruiker ervan.

Dat u die boodschap bracht, was een zeer goede zaak. Hoe meer jongeren en volwassenen u met die boodschap weet af te schrikken, hoe beter. Ik vind dus dat u het op dat vlak zeer goed hebt gedaan. Ik heb wel een kleine bedenking toen u daags nadien in het VTM-nieuws een lans hebt gebroken voor centra waar gebruikers pillen op hun samenstelling kunnen doen testen. Ik weet dat zulke centra vandaag al bestaan in ons land, begrijp mij niet verkeerd, maar ik kan mij niet van de indruk ontdoen dat u daarmee uw boodschap van de dag voordien een beetje hebt onderuitgehaald.

U geeft zo eigenlijk het signaal dat er zoiets zou bestaan als een goede, veilige ecstasypil. Volgens onze fractie zijn zulke centra niet de weg die men moet gaan.

Over de problemen die met veelvuldig druggebruik gepaard gaan, is daarnet al gesproken. Ik zal daar dus niet te diep op ingaan. Ik stel u wel de bijkomende vraag, los van mijn vraag over de classificatie, of u daadwerkelijk van plan bent ook in Vlaanderen, want daar bestaan zij nog niet als ik juist ben ingelicht, centra voor het testen van drugs op te richten? Zou u de middelen daarvoor niet beter inzetten voor hulpverlening of verdere preventie? Preventie is natuurlijk geen federale bevoegdheid meer, maar goed.

Over wat u verder nog wil ondernemen, hebben wij het al gehad.

18.01 Valerie Van Peel (N-VA): Ma question rejoint la précédente.

La ministre modifiera-t-elle la classification du cannabis maintenant que l'on sait qu'il contient des taux de THC toujours plus élevés? Elle souhaite entamer en novembre 2016 la discussion relative à plusieurs conclusions concernant les étapes de la suppression de la politique de tolérance. Il serait positif que la commission, de concert ou non avec d'autres commissions, puisse approfondir le sujet.

Je suis ravie que la ministre ait mis en garde contre une variante dangereuse de l'ecstasy dans les médias, mais quelques jours plus tard, elle a plaidé en faveur de centres permettant aux utilisateurs de faire tester la composition de leurs pilules. Ce second message a quelque peu anéanti le premier, en laissant croire qu'il existait un comprimé d'ecstasy qui soit bon et sans danger.

La ministre a-t-elle l'intention d'inaugurer de tels centres en Flandre également? Ne conviendrait-il pas plutôt de consacrer ces moyens à l'aide aux toxicomanes ou à de nouvelles actions de prévention?

Nogmaals, ik meen dat deze vraag met de vorige had moeten worden samengevoegd. Wij vallen nu wel een beetje in herhaling, natuurlijk.

18.02 Minister **Maggie De Block**: Ik zal niet herhalen wat ik hierover in de andere vraag heb gezegd.

Ik heb altijd gezegd dat ik het gebruik van drugs afraad. Het is echt niet goed voor de gezondheid in het algemeen. Voor de classificatie moeten wij nog bekijken of wij de termen softdrugs en harddrugs moeten blijven hanteren. Ik denk dat dit achterhaald is, gezien de gevaren die de zogezegde geklasseerde softdrugs met zich kunnen meebrengen.

De bepalingen inzake het gedoogbeleid in het federaal regeerakkoord laat aan duidelijkheid niets te wensen over. De minister van Justitie is uiteraard bevoegd voor het vervolgingsbeleid, maar gezien de globale en geïntegreerde aanpak van ons drugbeleid en het belang van een heldere regelgeving inzake bezit en gebruik behandelen wij dit ook in de algemene cel inzake drugbeleid en rapporteren wij aan de interministeriële conferentie.

De testkamers of labo's bestaan al in Wallonië, in Brussel, in verschillende Europese landen. Het bestaat niet in Vlaanderen. Men vraagt mij of ik vind dat dit moest worden overwogen. Ik heb gezegd dat ik er in eerste instantie al tegen ben dat dit wordt gebruikt en verhandeld, maar laat ons pragmatisch zijn. Wij moeten alles doen om het druggebruik te ontraden, maar als er toch pillen in omloop zijn, is het misschien wel beter om de schade zo veel mogelijk te beperken door ze te laten onderzoeken. Als wij weten wat erin zit, kunnen wij beter aan de potentiële gebruiker uitleggen waarom dit heel schadelijk kan zijn.

Nog een meerwaarde is dat wij door dit onderzoek stoffen ontdekken waarvan wij het bestaan niet kenden. De drugs die in beslag worden genomen, bij evenementen in de zomer maar ook op party's heel het jaar door, zijn waarschijnlijk maar het topje van de ijsberg.

Meer informatie is dus interessant voor het monitoren van onze jammer genoeg bestaande drugmarkt door het *early warning systeem* van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Als we dat al overwegen moet het ook een meerwaarde hebben. U hebt gelijk dat dit geld anders niet goed besteed wordt.

Het zou ons ten eerste moeten leren wat er inzit en wat de gevaren zijn. Dat moet dan aan die mensen meegedeeld worden. Via dat *early warning-systeem* – het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid doet dat nu al – kunnen dan ook meteen de hulpdiensten, de ziekenhuizen en iedereen die in contact kan komen met iemand die geïntoxiceerd is of raar doet de effecten en de bijwerkingen doornemen. Dan weten ze dat ze de juiste informatie hebben wanneer ze bij een patiënt worden geroepen die in de meeste gevallen niet meer bewust is terwijl omstaanders vaak trachten te verzwijgen waar het over gaat. Ik vond het toen dan ook nodig om te waarschuwen voor die mogelijke hoge dosissen en gevaarlijke stoffen. Ik vind dat niet altijd nodig maar we stonden toen voor een lang weekend met nog een aantal evenementen.

Ik meen dat we dit debat verder moeten voeren. We moeten er niet

18.02 **Maggie De Block**, ministre: J'ai toujours dit que je déconseillais l'usage de drogues. Quant à la classification, nous devons examiner s'il faut continuer à utiliser les termes "drogue douce" et "drogue dure", cette distinction étant dépassée au vu du danger que constituent les drogues prétendument douces.

Les dispositions de l'accord de gouvernement sont claires. Le ministre de la Justice est bien entendu compétent pour la politique de poursuites mais en raison de l'approche intégrée de notre politique en matière de drogue et de l'intérêt d'une législation plus claire, nous abordons aussi cette matière au sein de la Cellule générale de Politique en matière de drogues et nous faisons rapport à la conférence interministérielle.

Des centres d'analyse de drogues existent d'ores et déjà en Wallonie, à Bruxelles et dans différents pays européens, mais pas en Flandre. Je suis opposée à l'usage et à la vente de ces produits mais soyons pragmatiques: nous devons tout mettre en œuvre pour dissuader l'usage des drogues mais si des pilules sont malgré tout en circulation, il est sans doute préférable d'en limiter autant que possible la nocivité en les faisant analyser. Si nous savons ce qu'elles contiennent, nous pouvons mieux expliquer leur dangerosité au consommateur potentiel et cela nous permet de découvrir des substances dont nous ignorions l'existence. Les drogues qui sont saisies lors d'événements ne sont vraisemblablement que la partie émergée de l'iceberg.

Glaner plus d'informations présente un certain intérêt dans l'optique d'un monitoring du marché actuel de la drogue par le biais du *early warning system*

over zwijgen want het bestaat in onze maatschappij. Het is zoals met onkruid in de tuin, als men doet alsof men het niet ziet, woekert het verder. Ik meen dus dat we erover moeten blijven spreken en dat we op de gevaren moeten blijven wijzen. Ook Justitie moet blijven optreden. Jammer genoeg zijn er nog altijd mensen die daar het slachtoffer van worden.

Ook de media spelen daarin een belangrijke rol. Ik herinner mij bijvoorbeeld dat aan de boodschap die ik gegeven heb een filmpje gehecht was van een lers tienermeisje die bij haar eerst avondje uit een partydrug had genomen. Het was niet alleen haar eerste maar meteen ook haar laatste want als men zag in welke toestand zij zich bevond, dan was dat werkelijk een ander mens. Het was zeer afschrikkend en ik meen dus dat het goed is dat daar ook door de sociale media op wordt ingegaan.

Desalniettemin moeten we met alle betrokken departementen en overheden alles blijven doen opdat zo min mogelijk mensen zich nog tot deze vuiligheid, deze drugs, zouden wenden. U weet dat ze verboden zijn, maar dan spelen de verborgen verleidingen.

We moeten proberen duidelijk te maken dat dit zeer faliekante gevolgen op de gezondheid kan hebben. Of men nu genetisch voorbeschikt is, speelt misschien een rol, maar we moeten duidelijk zeggen dat er geen veilige of goede drugs bestaan. We kunnen het ontraden en als men er ergens over kan praten, is dat weer een stap voorwaarts.

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

Ik begrijp waarom u dergelijk antwoord geeft op de vraag, er zijn immers even goed aspecten van dergelijke centra waarover kan worden gediscussieerd. Ik hoop wel dat bij het toekomstgericht voeren van het debat ten gronde volgend jaar, dit ook nog eens op tafel komt. Ik blijf immers van mening dat het gevaar van een dubbel signaal heel groot is.

Het onderscheppen en onderzoeken van drugs en daarna, zoals u heel goed hebt gedaan, een signaal daarover geven in de media en in samenwerking met hen via het duidelijke filmpje waarnaar u verwees, is de aangewezen manier om mensen af te schrikken en te waarschuwen.

Ik blijf het er wel moeilijk mee hebben dat we enerzijds heel duidelijk een lijn willen trekken inzake drugbeleid, maar dat we anderzijds zeggen dat men bij gebruik toch kan langskomen en pillen kan laten testen. Dat debat zullen we toch eens ten gronde moeten voeren.

Dat neemt niet weg dat ik uw argumentatie met voor en tegen ken en begrijp, maar ik volg ze niet volledig.

18.04 Minister Maggie De Block: Ik wil de kop niet in het zand steken en denken dat het wel zal overwaaien, want dat is niet het geval. De dosissen worden hoger, de cocktails agressiever. Het verontrust mij dat er veel geld mee wordt verdiend. We moeten inderdaad andere

(système d'alerte précoce) de l'Institut Scientifique de Santé Publique. Nous pourrions envisager l'instauration de ce système à condition qu'il ait une plus-value. J'estime que nous devons poursuivre ce débat et que nous devons continuer à mettre en garde contre les risques. De son côté, la Justice doit continuer son action répressive. Par ailleurs, il est positif que les médias sociaux jouent un rôle de relais. Malheureusement, certaines personnes sont toujours victimes.

Il n'en demeure pas moins que nous ne pouvons relâcher nos efforts pour dissuader un maximum de personnes d'essayer ces drogues. Elles sont interdites et extrêmement dangereuses pour la santé. Nous devons dire haut et fort qu'il n'existe pas de drogues sûres ni bonnes. Nous pouvons dissuader des consommateurs potentiels et s'il existe des lieux pour en parler, c'est un petit pas de plus accompli.

18.03 Valerie Van Peel (N-VA): J'espère que nous aurons l'occasion de revenir sur cette question lors du débat de fond que nous organiserons l'année prochaine car le risque de lancer un double signal est réel.

18.04 Maggie De Block, ministre: Je ne me voile pas la face. Les doses augmentent, les cocktails deviennent plus agressifs et la

mogelijkheden verkennen.

vente de ces substances rapporte gros. Il nous faut en effet explorer de nouvelles pistes.

La **présidente**: Le cabinet a toujours le dernier mot quant à la question de savoir s'il est opportun ou non de joindre les questions. Dans le cas présent, le contenu était différent.

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

19 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rookverbod in de horeca en het sensibiliseringsbeleid" (nr. 6598)

19 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de fumer dans l'horeca et la politique de sensibilisation" (n° 6598)

19.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, recent meldden de media dat 16 % van de cafés nog steeds het rookverbod in de horeca negeert.

19.01 Els Van Hoof (CD&V): Selon des informations parues récemment dans la presse, 16 % des cafés braveraient toujours l'interdiction de fumer dans le secteur horeca.

Het Neutraal Syndicaat voor Zelfstandigen stelt dat het er uit economisch standpunt begrip voor heeft wanneer cafés het rookverbod overtreden. De regelgeving is nochtans duidelijk. Er mag in geen enkel café worden gerookt.

Demanderez-vous au SPF Santé publique de renforcer les contrôles dans les cafés? Les sanctions sont-elles suffisamment sévères? Combien de cafés se sont-ils vu verbaliser durant le premier semestre de 2015? Dans quelles provinces et villes-centres sont-ils principalement situés? Dans combien de cas y a-t-il récurrence? Envisagez-vous de lancer une nouvelle campagne de sensibilisation? Avez-vous déjà consulté les Communautés à cet effet?

De Vlaamse Liga tegen Kanker reageert dat aanvaarden dat de wetgeving op het rookverbod in de horeca wordt genegeerd, gelijkstaat met spelen met de gezondheid van de cafébezoekers.

Daarom had ik u graag de hiernavolgende vragen gesteld.

Ten eerste, zult u de FOD Volksgezondheid vragen meer controles in cafés uit te voeren?

Ten tweede, er zijn cafés die reeds meerdere malen zijn geverbaliseerd. Zijn de sancties voor cafés die het rookverbod negeren, volgens u hoog genoeg? Plant u zwaardere sancties voor cafés die het rookverbod negeren?

Ten derde, hebt u informatie over cafés waar het rookverbod niet wordt gerespecteerd? Hoeveel cafés zijn tijdens de eerste helft van 2015 wegens het schenden van het rookverbod geverbaliseerd? In welke provincies en centrumsteden worden ze vooral geverbaliseerd? Voor hoeveel cafés is het niet de eerste keer dat ze wegens het schenden van het rookverbod worden gesanctioneerd?

Ten slotte, welke extra sensibiliseringsmaatregelen plant u? Hebt u over dat beleid al overlegd met uw collega's van de Gemeenschappen? U hebt daarstraks al gezegd dat u in het kader van de interministeriële conferentie in overleg bent.

19.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Hoof, het is grappig. We hebben het daarnet over voeding gehad. De boodschap van de Duitse minister van Voedsel, de heer Schmidt, is: "*N'ayez pas peur de manger une saucisse*". Van duidelijke communicatie gesproken, ook in het buitenland. Mevrouw Dedry, dit kan aan uw vraag worden toegevoegd.

19.02 Maggie De Block, ministre: Un total de 4 100 contrôles ont déjà été effectués durant les trois premiers trimestres sur les 5 000 prévus pour cette année par le Service de contrôle Tabac et Alcool du SPF Santé publique.

Mevrouw Van Hoof, inzake het rookverbod in de horeca en het sensibiliseringsbeleid, de Controledienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid heeft dit jaar 5 000 controles op het rookverbod vooropgesteld. In de eerste drie kwartalen kwamen we al aan 4 100 uitgevoerde controles.

Sinds mei 2014 zijn er nog strengere strafbepalingen ingevoerd. De geldboetes worden verdrievoudigd tot 6 000 euro en de mogelijkheid bestaat voor de rechters om een zaak gedurende zes maanden te sluiten.

De controlecijfers van januari tot eind september tonen aan dat 15 % van de cafés roken nog steeds toelaat. Het gaat in dalende lijn, maar nog niet genoeg. In 2013 ging het om 22 % en in 2014 18 %. Dat is 3 tot 4 % per jaar naar beneden. Zo duurt het nog vier jaar voor we er zijn.

Begin dit jaar heeft de FOD Volksgezondheid een analyse gemaakt van waar deze rookcafés zich bevinden. Men ziet daar een sterk regionaal verschil: 5 % in Leuven, 13 % in Bergen, 25 % in Brussel en 38 % in Oostende. Dat is toch wel opmerkelijk.

Sedert de invoering van het rookverbod op 1 juli 2011 heeft de tabakcontroledienst van de FOD Volksgezondheid in zowat 650 cafés meermaals moeten vaststellen dat er gerookt werd.

Bij de jongste staatshervorming werd het tabaksfonds van de FOD Volksgezondheid overgeheveld naar de Gemeenschappen. Sensibilisatiecampagnes zijn bijgevolg een bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Recent werd er nog een arrest uitgesproken tegen een cafébazin die het rookverbod aan haar laars had gelapt, voor zichzelf maar ook voor haar klanten. Zij werd veroordeeld tot een forse geldboete. Die cafébazin zal ook in de toekomst opnieuw worden gecontroleerd en bij recidive riskeert zij dat zij zes maanden haar zaak zal moeten sluiten, dus daar wordt wel verder tegen opgetreden. Het roken neemt dus af, maar het gaat te traag, want er zijn nog altijd enkele notoire recidivisten onder de caféhouders. Controle wordt ook moeilijker in de zomer, bijvoorbeeld als de ramen openstaan.

Zoals u weet, kennen onze controleurs tal van moeilijkheden op hun weg. Zo moeten zij ook in jeugdclubs en op jongerenfuiven controleren op het alcoholverbod. Ook voor het rookverbod is het niet evident als u weet wat zij soms naar het hoofd geslingerd krijgen. Desalniettemin blijven zij hun streefcijfers halen en werken zij heel hard verder.

19.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, u stelt dat de boetes al werden verhoogd. Ik kan alleen maar vaststellen, gebaseerd op recente ervaringen, dat het draagvlak voor het rookverbod op openbare plaatsen zeer groot is. Ik was onlangs in Sarajevo, waar men in het Parlement en in cafés mag roken. De Europese collega's reageerden daar geshockeerd op. Daaraan merkt men dat men het rookverbod heel snel gewoon wordt en dat mensen het eens zijn met acties daaromtrent, bijvoorbeeld het verhogen van de boetes. Het is

Des sanctions encore plus sévères sont appliquées depuis mai 2014, les amendes ayant été triplées et pouvant atteindre 6 000 euros. De plus, il est possible de fermer un établissement durant 6 mois.

Les contrôles effectués entre janvier et fin septembre 2015 révèlent que 15 % des cafés autorisent toujours les fumeurs. Ce pourcentage se réduit chaque année de 3 à 4 %. Une analyse réalisée par le SPF Santé publique met en avant des différences régionales parfois très marquées en matière d'acceptation des fumeurs dans les cafés: 5 % de ces cafés se situent à Louvain, 13 % à Mons, 25 % à Bruxelles et 38 % à Ostende.

Depuis l'instauration de l'interdiction de fumer, le service de contrôle a constaté des infractions répétées dans quelque 650 cafés. Le Fonds tabac du SPF Santé publique ayant été transféré aux Communautés, les campagnes de sensibilisation relèvent désormais de la compétence de ces dernières.

Récemment, la tenancière d'un café a écopé d'une amende salée. Toute récidive de sa part entraînerait la fermeture de son établissement pour six mois. Le problème se résorbe donc progressivement, mais trop lentement.

La tâche des contrôleurs n'est pas toujours aisée et ils essuient parfois de nombreuses critiques, mais entre-temps ils continuent inlassablement à poursuivre leurs objectifs.

19.03 Els Van Hoof (CD&V): L'adhésion des citoyens à l'interdiction de fumer dans les lieux publics est très grande et on peut sans doute en déduire que les amendes plus élevées sont acceptées. De très nombreux cafés respectent sans problème

heel snel aanvaard geworden dat er op openbare plaatsen en cafés niet meer mag worden gerookt.

l'interdiction de fumer, ce qui est positif.

Het ging ook over de reactie van het NSZ. Vanuit bepaalde cafés, vooral de volkscafés, hoort men die commentaar nog, maar de andere hebben zich er al lang mee verzoend. Dat toont dat zware maatregelen wel gemakkelijk worden aanvaard en dat heel veel cafés het rookverbod wel naleven. Dat is positief.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 6622 de Mme Caroline Cassart-Mailleux est transformée en question écrite, de même que la question n° 6624 de Mme Sabien Lahaye-Battheu. Les questions jointes n°s 6656 et 6792 de Mmes Stéphanie Thoron et Yoleen Van Camp sont reportées. M. Jan Vercammen n'a rien fait savoir, sa question n°s 6658 est supprimée.

De **voorzitter**: Vragen nrs 6622 van mevrouw Cassart-Mailleux en 6624 van mevrouw Lahaye-Battheu worden omgezet in een schriftelijke vraag. De samengevoegde vragen nrs 6656 van mevrouw Thoron en 6792 van juffrouw Van Camp worden uitgesteld. Vraag nr. 6658 van de heer Vercammen vervalt.

20 Samengevoegde vragen van

- de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het kostenplaatje van wijkgezondheidscentra" (nr. 6695)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wijkgezondheidscentra en medische huizen" (nr. 6794)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "wijkgezondheidscentra" (nr. 7032)

20 Questions jointes de

- M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des maisons médicales" (n° 6695)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de santé de quartier et les maisons médicales" (n° 6794)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de santé de quartier" (n° 7032)

20.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er zijn ondertussen 125 wijkgezondheidscentra en ze krijgen in toenemende mate belangstelling in het buitenland. Ik merk ook dat onze eigen federale ambtenaren op internationale congressen dit voorbeeld vaak aanhalen als een manier hoe bij ons wijkgerichte interdisciplinaire eerstelijnszorg wordt gerealiseerd. Samen met de multidisciplinaire groepspraktijken in de eerste lijn zijn dit goede praktijkvoorbeelden.

20.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Il existe aujourd'hui 125 centres de santé de quartier qui, de par leur offre interdisciplinaire de soins de première ligne ciblant les habitants d'un quartier déterminé, peuvent se targuer de susciter un intérêt croissant dans les pays étrangers.

Het is al een tijdje geleden, maar in 2008 heeft het kenniscentrum een aantal belangrijke voordelen opgesomd. Ze staan in de schriftelijke neerslag van mijn vraag en ik ga ze hier niet allemaal herhalen gezien de vergevorderde tijd. In elk geval zijn er heel wat voordelen aan verbonden, die u als huisarts zeker moeten plezieren.

La ministre envisage-t-elle de continuer à promouvoir toutes les coopérations interdisciplinaires? Comment la collaboration de première ligne entre le généraliste et l'infirmier à domicile sera-t-elle optimisée? Si cette manière de travailler engendre des économies concrètes, les moyens ainsi dégagés pourront-ils être affectés au renforcement des soins de

Interdisciplinaire samenwerking is dus echt het sleutelwoord. Hieromtrent heb ik de volgende vragen.

Bent u van plan om interdisciplinaire samenwerkingsverbanden, of het nu wijkgezondheidscentra zijn of *maisons médicales* of

multidisciplinaire groepspraktijken, verder te stimuleren? Zo ja, hoe zal dit gebeuren? première ligne?

Hoe zal de belangrijke integratie op het vlak van samenwerking tussen de huisarts en de thuisverpleegkundige gerealiseerd worden op de eerste lijn?

Wanneer praktijken op de eerste lijn kosteneffectief zijn en dus besparend werken op de tweede lijn, kunnen deze middelen dan ingezet worden in de eerste lijn om deze te versterken?

20.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, wat de wijkgezondheidscentra betreft, op 1 oktober 2015 telde ons land 155 medische huizen. Het beschikbare budget voor 2015 bedraagt 137 172 000 euro. Het intreden in het forfaitaire betalingssysteem verloopt in verschillende fasen, waardoor de diverse actoren in het beheer in de verplichte ziekteverzekering een inbreng hebben in het globale beleid rond de medische huizen en in het toelaten van nieuwe medische huizen.

Het akkoord voor de forfaitaire betaling, aangevraagd door de zorgverleners, wordt vooraf onderzocht door de verzekeringsinstellingen. Indien zij het met alle aspecten eens zijn, wordt het akkoord voor advies voorgelegd aan het verzekeringscomité, waar in het bijzonder de vertegenwoordigers van de zorgverleners die in het systeem van de betaling voor prestatie werken, ook de huisartsen, hun opmerkingen kunnen laten gelden.

Na het advies van het verzekeringscomité worden de akkoorden ter goedkeuring aan mij voorgelegd, zowel op algemeen vlak, bij het vastleggen van de financiële middelen, als op individueel vlak. Bij het tot stand komen van nieuwe akkoorden voor forfaitaire betaling kan dus rekening worden gehouden met de diverse bekommernissen die door u geformuleerd werden.

Het huidig wettelijk kader van artikel 52 van de Gezondheidswet bevat momenteel geen mechanismen met betrekking tot het aantal medische huizen dat voor een akkoord in aanmerking komt. Het is eigenlijk aan de zorgverleners zelf om die vrije beslissing te nemen, om in dat verband samen te werken en een akkoord voor forfaitaire betaling aan te vragen. Natuurlijk zijn het de patiënten zelf die ook vrij de beslissing nemen, om zich al dan niet in een medisch huis in te schrijven. Dat groeit dus bottom-up.

U verwijst naar het akkoord van het kenniscentrum, onder andere naar de bepaling dat er eventueel minder uitgaven voor de tweede lijn zijn. Die informatie hebben wij. Het is echter, enerzijds, de keuze van de arts zelf om in een dergelijke constructie te werken en forfaitair te worden betaald en, anderzijds, de keuze van de patiënt, om zich ofwel door een huisarts ofwel in een medisch huis te laten verzorgen. Op dat vlak is de vrije keuze van de ene en de andere betrokkene dus bewaard.

20.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik wil mijn achterliggende vraag nogmaals stellen indien ze niet duidelijk was. Gelooft u in dat model? U hebt het wel over een vrije keuze, maar gaat u dat al dan niet stimuleren?

20.02 **Maggie De Block**, ministre: Le 1^{er} octobre 2015, notre pays comptait 155 centres de santé de quartier, dont le budget pour l'année 2015 s'élevait à 137 172 000 euros. Les acteurs impliqués dans la gestion de l'assurance maladie obligatoire ont contribué à définir la politique concernant les maisons médicales.

L'accord fixant le paiement forfaitaire est examiné au préalable par les organismes assureurs avant d'être soumis pour avis au Comité de l'assurance électorale, où les médecins généralistes concernés ont également la possibilité de formuler leurs observations. Ce n'est qu'ensuite que les accords sont soumis à la ministre. Les différentes préoccupations peuvent être prises en compte lors de la conclusion de nouveaux accords.

Le nombre de maisons médicales entrant en ligne de compte pour un accord n'est pas limité. Les médecins choisissent eux-mêmes d'être payés sur une base forfaitaire et les patients sont aussi libres de se faire soigner ou non dans une maison médicale.

20.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Le libre choix est donc garanti, mais la ministre compte-t-elle stimuler cette formule?

20.04 Minister **Maggie De Block**: Ik meen dat dit beter bottom-up groeit. Het gaat over een vrije keuze en blijkbaar hangt de levensvatbaarheid ook af van regionale factoren. Ik heb geen voorkeur uit te spreken over waar dit zich vestigt.

20.04 **Maggie De Block**, ministre: Il est préférable que les acteurs de terrain développent cette initiative dans la pratique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 6708 de M. Jean-Jacques Flahaux est transformée en question écrite. La question n° 6717 de Mme Yoleen Van Camp est reportée. Les questions n°s 6727 et 6729 de M. Philippe Blanchart sont reportées. La question n° 6733 de Mme Nahima Lanjri est transformée en question écrite.

21 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "borstvoeding" (nr. 6741)**

21 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'allaitement maternel" (n° 6741)**

21.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, u weet dat ik een groot voorstander ben van borstvoeding. Elk jaar is er een internationale week van de borstvoeding met heel wat aandacht in de media. Ik schreef zelf ook een opiniestukje over dit thema, net zoals andere jaren.

Het Federaal Borstvoedingscomité, dat onder uw bevoegdheid valt, geeft naar aanleiding van die week elk jaar ook een aantal adviezen.

Men constateerde dat de borstvoedingsbegeleiding bij thuiskomst na het ziekenhuisverblijf nogal eens wegvalt, waardoor moeders sneller stoppen met borstvoeding.

In *Het Nieuwsblad* van 2 oktober maakte het Federaal Borstvoedingscomité zich daarover dan ook terecht zorgen.

Tezelfdertijd schreef de voorzitter van uw partij, mevrouw Rutten, op Twitter een aantal pittige tweets: "Anno 2015 campagnes voor borstvoeding en bourkini's? Twee heel verkeerde voorbeelden van sociale druk. Wat meer vooruitgangsfeminisme *please*".

Mijnheer de minister, volgt u de mening van uw Federaal Borstvoedingscomité of die van uw voorzitter dat dit niet meer van deze tijd is?

Zult u hiervoor aandacht hebben in het aangekondigde proefproject kortverblijf na bevalling? Zal dit passen in het financieel model, zodat de borstvoedingsbegeleiding in de eerste lijn in dit project zeker ook mogelijkheden krijgt?

Er is een ethische code van de WGO om borstvoeding te bevorderen en vooral om ongeoorloofde reclame voor kunstvoeding aan banden te leggen. Dit wordt in België niet toegepast door de industrie. Gaat u hieraan iets doen? Wat?

21.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, de meerwaarde van borstvoeding voor de gezondheid van baby en moeder is wetenschappelijk aangetoond. Vanuit het perspectief van Volksgezondheid moedigen wij ze dus ook aan.

Dat wil niet zeggen dat borstvoeding altijd en overal kan. Dat is de

21.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Je suis une fervente partisane de l'allaitement maternel. Le Comité fédéral pour l'allaitement maternel formule chaque année une série d'avis dans le cadre de la Semaine de l'allaitement maternel. Le comité regrette que l'accompagnement à l'allaitement maternel à domicile soit souvent abandonné et que, de ce fait, de nombreuses femmes renoncent prématurément à allaiter leur enfant. Mme Rutten, quant à elle, estime que ce genre d'avis constitue une forme dépassée de pression sociale. Qui du comité fédéral ou de Mme Rutten la ministre serait-elle encline à suivre?

Sera-t-elle suffisamment attentive à cette question dans le cadre du projet pilote annoncé "Séjour de courte durée après l'accouchement"? Un code éthique de l'OMS veut s'attaquer à la publicité non autorisée en faveur de l'alimentation artificielle. Comment la ministre veille-t-elle à ce que les entreprises respectent ce code?

21.02 **Maggie De Block**, ministre: La plus-value de l'allaitement maternel pour la santé du bébé et de la maman est scientifiquement prouvée. La Santé publique recommande donc l'allaitement

boodschap die mijn voorzitter heeft willen geven: dat men vrouwen die geen borstvoeding kunnen geven, omdat zij dat fysiek niet kunnen of omdat zij in behandeling zijn, niet mag culpabiliseren. Ik meen dat wij het daarover eens zijn.

Het is en blijft de vrije keuze van elke vrouw binnen de mogelijkheden die er zijn borstvoeding te geven of niet. Ik ga ervan uit dat elke mama voor haar baby het beste en alleen het beste wil.

Om dat uit te drukken, werd er gekozen voor de campagne "Borstvoeding, we zijn er voor jou". De campagne is er ook op gericht om vrouwen die voor borstvoeding kiezen, te begeleiden naar zorgverleners die aangepaste begeleiding kunnen bieden. Het is zeker niet de bedoeling om meer sociale druk op te leggen.

Binnen de nomenclatuur voor vroedvrouwen is in nummers voorzien die specifiek kunnen worden aangerekend bij borstvoeding. Uit de auditgegevens van het RIZIV blijkt dat het aantal postnatale borstvoedingsbegeleidingen door vroedvrouwen in 2014 met 25 % is toegenomen op één jaar. Men ziet dus weer een trend naar meer borstvoeding, al dan niet door de campagnes. Ik mag hopen van wel, maar daar zullen ook nog andere factoren een rol in spelen.

Ook in de pilootprojecten rond het korter ziekenhuisverblijf na een bevalling is er met aandacht rekening gehouden met borstvoeding. In de oproep staat dat de continuïteit in de begeleiding van borstvoeding, zoals het aanleren van sommige borstvoedingsvaardigheden, gegarandeerd moet blijven. Er zijn ook specifieke indicatoren rond borstvoeding opgenomen in de kwaliteitsindicatoren.

U hebt ook een vraag over de reclame voor babymelk, kunstvoeding dus. Die wordt gereguleerd door de Europese richtlijn inzake eersteleeftijds melk en opvolgzuigelingenvoeding die wordt omgezet in het KB van 18 februari 1991 betreffende voedingsmiddelen bestemd voor bijzondere voeding. Alle vergelijkingen tussen borstvoeding en zogenaamde zuigelingenmelk zijn verboden. De wetgeving verplicht de vermelding dat borstvoeding de voorkeur geniet.

Vanaf juli 2016 zal ook een nieuwe verordening van kracht worden inzake eersteleeftijds melk en opvolgzuigelingenvoeding, die bepaalt dat de etikettering en presentatie voor volledige zuigelingenvoeding en opvolgzuigelingenvoeding aangepast moeten worden zodat verwarring tussen beide uitgesloten is en de consument in staat is om een duidelijk onderscheid te maken. Voor eersteleeftijds melk — ik meen tot drie maand, dat was in elk geval zo toen ik nog huisarts was — is er namelijk in meer beperkingen voorzien op het vlak van etikettering en marketing. Het onderscheid tussen beide was echter in de praktijk niet altijd duidelijk. Wij gaan dus verstrengen voor de eersteleeftijds melk.

België heeft bij de voorbereiding van deze nieuwe verordening samen met twee andere Europese lidstaten gepleit voor de inperking van de reclame voor opvolgzuigelingenvoeding analoog met deze voor eersteleeftijds melk. Wij waren op dat vlak echter redelijk geïsoleerd aangezien wij met twee waren.

Indien u inbreuken op de regelgeving vaststelt, kunt u deze melden aan de FOD Volksgezondheid, zodat wij ter zake gepast kunnen

maternel. Ma présidente voulait simplement attirer l'attention sur le fait que l'on ne peut culpabiliser les femmes qui pour une raison ou l'autre ne peuvent nourrir elles-mêmes leur enfant. La liberté de choix reste sacrée et chaque mère veut le meilleur pour son enfant.

La campagne "Allaitement, on est là pour vous!" vise à orienter les femmes qui choisissent d'allaiter vers les prestataires de soins adéquats. Le but n'est en aucun cas d'accroître la pression sociale.

La nomenclature pour les sages-femmes prévoit des numéros de code pouvant être imputés pour les consultations d'allaitement. Les données de l'audit effectué par l'INAMI montrent que le nombre de consultations postnatales autour de l'allaitement effectuées par des sages-femmes en 2014 a augmenté de 25 % en l'espace d'un an.

Les projets pilotes relatifs aux séjours écourtés en milieu hospitalier sont aussi attentifs à l'allaitement maternel. Les femmes qui quittent l'hôpital plus tôt doivent également pouvoir être accompagnées par la suite.

La publicité en faveur de l'alimentation artificielle pour nourrissons est réglementée par une directive européenne transposée en droit belge par l'arrêté royal du 18 février 1991. Toute comparaison entre l'allaitement maternel et le lait dit "pour nourrissons" est interdite. La législation rend obligatoire la mention selon laquelle l'allaitement maternel mérite la préférence.

Un nouveau règlement qui dispose que l'étiquetage et la présentation pour les aliments pour nourrissons et les aliments de suite pour nourrissons doivent être adaptés pour que le consommateur puisse clairement faire la différence entrera en vigueur dès juillet 2006. Nous voulons donc durcir la

optreden.

Borstvoeding is opnieuw in opmars. U weet dat het aantal vrouwen dat opteert voor borstvoeding fluctueert. Nogmaals, het is niet altijd de eigen keuze.

Wij moeten er alles aan doen opdat vrouwen die opteren voor borstvoeding degelijk worden begeleid en ondersteund en om het een zo aangenaam mogelijke periode te maken.

Zij kiezen ervoor hoe lang ze borstvoeding geven. Daar is ook een groot verschil in. Sommigen geven het drie weken, anderen drie maanden en nog anderen tot anderhalf jaar. Dat varieert ook naargelang hoe vlot het gaat, of er complicaties zijn en hoe de baby erop reageert.

Wij beschikken over een heel arsenaal van melkproducten - ingedikte melk, antirefluxmelk, enzovoort -, maar uit de borst van een moeder komt maar één soort melk, de moedermelk.

Voor andere criteria, zoals immuniteit en voedingswaarde, is moedermelk nog altijd de referentie en de beste melk.

21.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, moedermelk is inderdaad altijd aangepast, is mooi verpakt en is altijd op temperatuur.

Ik heb één datum niet goed begrepen, met name de datum rond etikettering en het verstrengen daarvan.

Wat hebt u gezegd? Had u het over 2016? (*Instemming.*)

Het enige wat ik nog wil toevoegen, is dat in de praktijk inderdaad wordt gemeld dat de industrie dit niet altijd correct toepast. Misschien moet er in de sector wat meer assertiviteit zijn om problemen te signaleren. De kabinetten en wachtkamers van pediaters staan immers nog altijd vol met allerlei zaken die er niet hoeven te staan.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Chers collègues, c'est ici que prennent fin nos travaux. Les questions n° 6757 de Mme Ine Somers, n° 6835 de Mme Nathalie Muylle, n° 6849 de Mme Catherine Fonck et n° 6877 de Mme Yoleen Van Camp sont transformées en questions écrites. Les autres questions sont reportées à une date ultérieure.

réglementation pour le lait premier âge.

Dans le cadre de la préparation de ce nouveau règlement, la Belgique a plaide avec deux autres États membres de l'UE en faveur d'une limitation de la publicité pour les aliments de suite pour nourrissons, par analogie avec les règles applicables au lait premier âge. Sur ce plan, notre position était cependant assez isolée.

Les infractions à cette réglementation peuvent être signalées au SPF Santé publique.

L'allaitement maternel a de nouveau la cote. Nous voulons offrir aux femmes qui optent pour l'allaitement maternel un accompagnement et un appui de qualité. La gamme du lait maternel est plus limitée que celle que l'on trouve dans les magasins, mais pour l'immunité et la valeur nutritive, le lait maternel est toujours la référence.

21.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Le lait maternel est en effet toujours adapté, joliment conditionné et à bonne température.

L'industrie n'applique en effet pas toujours strictement les règles en matière de publicité. Peut-être devrait-on simplement oser signaler que l'on trouve parfois, dans la salle d'attente ou dans le cabinet d'un pédiatre, de la publicité pour du lait en poudre ou des échantillons.

De **voorzitter**: De volgende vragen worden in schriftelijke vragen omgezet: 6757 van mevrouw Somers, 6835 van mevrouw Muylle, 6849 van mevrouw Fonck en 6877 van juffrouw Van Camp. De andere vragen komen in een latere commissievergadering aan bod.

La réunion publique de commission est levée à 17.55 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.55 uur.