

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 "pilotprojecten 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 pilotprojecten 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?

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

Ten slotte, 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 herstelorden, 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 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 kandidatuurstelling 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 kandidaatstelling 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 organisatiewijze, 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.

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.

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 plezierig. Wij blijven ons doel nastreven.

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 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?

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.

*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 genoodzaakt 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 inhalatiecorticosteroiden 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.

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.

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 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 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.

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.

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.

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 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.

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.

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 veiligheidsgaranties 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 zorgezorgde 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 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 eerstelijnsproblemen 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 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 risico-batenbalans 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 éénpersoonskamer 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.

10.04 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 zagezegde 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.

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 eenpersoonsskamers, 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 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.

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-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 redenen 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.
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 Gerkens 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 Gerkens 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 werkingsmiddelen – 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.

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-t-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 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 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 zogezegde 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 ondergraaft 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 zogezegde 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.

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.

12.06 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 groepeerde. 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 Hufkens** (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.

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 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 devons 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.

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 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.*

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.

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.

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 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 autorisation* (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.

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 directeurat 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.

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.

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.

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 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 deelstaatministers, 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 waarschuwen als ons iets wordt signaleerd. 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 overstroomden. 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 opslaan. 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 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. Mijs 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.

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 inzet 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 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 mogelijkheden verkennen.

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.

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.

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.

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

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° 6656 et 6792 de Mmes Stéphanie Thoron et Yoleen Van Camp sont reportées. M. Jan Vercammen n'a rien fait savoir, sa question n° 6658 est supprimée.

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.

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.

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?

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 huidige 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. Geloof u in dat model? U hebt het wel over een vrije keuze, maar gaat u dat al dan niet stimuleren?

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.

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 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 maanden, 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 eersteleeftijdsmelk. 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 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.

La réunion publique de commission est levée à 17.55 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.55 uur.