

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 21 JUNI 2016

Namiddag

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

du

MARDI 21 JUIN 2016

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 15.03 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.03 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afronding van het onderzoek naar fraude door ONE" (nr. 10901)

01 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'achèvement de l'enquête sur la fraude commise par l'ONE" (n° 10901)

01.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, de tijd is zeker kostbaar. Deze vraag gaat al een hele tijd mee. Ze werd een paar maanden geleden ingediend en betreft de opvolging van het dossier van het ONE, het Franstalige Kind en Gezin, zal ik maar zeggen. Ik zal mij beperken tot de vragen zelf.

Mevrouw de minister, hoever staat het onderzoek? Wat zijn de resultaten? Als blijkt dat het ONE de prenatale sessies daadwerkelijk aan het RIZIV aanrekende, wat bij wet verboden is en frauduleus, sinds hoelang gebeurt dat al? Om hoeveel sessies gaat het ondertussen? Hoeveel werd zo al aangerekend voor de prenatale ONE-sessies aan het RIZIV? Worden sinds de opstart van het onderzoek van de DGEC nog steeds prestaties aangerekend of is dat gestopt? Dat moeten wij buiten het onderzoek om al zeker weten.

Welke mogelijke sancties hangen het ONE boven het hoofd als de DGEC daadwerkelijk de fraude kan aantonen? Moeten alleen de onrechtmatig gefactureerde bedragen worden teruggevorderd? Hoeveel jaar kan men teruggaan of komt er nog een sanctie boven op de teruggevorderde bedragen? Wat zijn de mogelijkheden in afwachting van het onderzoek, tenzij de resultaten al bekend zijn?

01.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, ik heb inderdaad een onderzoek gevraagd aan het RIZIV. Ook Kind en Gezin heeft een onderzoek gevraagd. Het RIZIV heeft de mogelijke onrechtmatige aanrekening van consultaties door huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen in het kader van de opvolging van zwangerschappen onderzocht, zowel bij het ONE als bij Kind en Gezin.

Dat onderzoek heeft aangetoond dat er eigenlijk veel verschillen zijn in organisatie en in visie. Toch blijkt uit de feiten dat 95 % van de prenatale zorg wordt vergoed door het RIZIV, zowel in Vlaanderen, Brussel als Wallonië, en dat dus slechts een erg beperkt deel, 5 %, vergelijkbaar voor alle deelstaten, door hen wordt gefinancierd. Het onderzoek heeft dan ook aangetoond dat er geen onrechtmatige facturatie gebeurt binnen het huidige wettelijk kader. Er is een volledig verslag van het onderzoek gemaakt. Als u wil, kan dat hier toegevoegd worden aan het verslag, ook voor de andere leden.

01.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, daar sta ik wel van te kijken.

Na de bekendmaking van de eventuele praktijken van het ONE heb ik contact opgenomen met Kind en Gezin. De werking van die organisatie is inderdaad totaal anders, maar het betreft totaal geen prenatale sessies. Het klopt dat er in Vlaanderen wel prenatale sessies gebeuren die aan het RIZIV worden gefactureerd, maar die sessies worden niet door Kind en Gezin aangeboden. De organisatie zal die sessies

nooit echt aanbevelen aan haar klanten. Daar ligt het grote verschil. Men betaalt ook geen remgeld terug. Die verschillen zijn belangrijk voor het aantonen van fraude in het dossier.

Ik kijk zeker uit naar het volledige verslag, dat ik onder de loep zal nemen. Wij zullen ook een aanvraag indienen bij het Rekenhof om die zaak tot op de bodem uit te spitten, want uw antwoord stelt mij zeker niet gerust. Ik ben er ook niet zeker van dat wij de bodem van de zaak gezien hebben.

01.04 Minister **Maggie De Block**: Ik kan alleen zeggen dat het een uitvoerig verslag is. Ik zal het aan alle commissieleden bezorgen. Dan kunnen zij het zelf lezen, zoals u.

Le **président**: Nous prendrons donc connaissance de ce rapport.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "genenprofielen en chemotherapie" (nr. 10940)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de moleculaire profileringstest en de bijdrage aan de beslissing tot verdere behandeling bij borstkanker" (nr. 10953)
- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek en de terugbetaling van MammaPrint en KI67" (nr. 11332)
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de genomische test Mammaprint" (nr. 11787)

02 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les profils génétiques et la chimiothérapie" (n° 10940)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test moléculaire de profilage et sa contribution à la décision de prolonger le traitement d'un cancer du sein" (n° 10953)
- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la recherche et le remboursement des tests MammaPrint et KI67" (n° 11332)
- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test génomique Mammaprint" (n° 11787)

Mevrouw De Coninck en de heer Blanchart zijn afwezig.

02.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, in ons land zouden omgerekend ongeveer 1 200 vrouwen jaarlijks onnodig chemo krijgen omdat er geen gebruik van genenprofielen wordt gemaakt. Jaarlijks krijgen 9 000 vrouwen borstkanker, zoals u ongetwijfeld weet. Dat zijn de resultaten van een studie die door het Brusselse Jules Bordet Instituut werden voorgesteld. Chemotherapie na borstkanker is blijkbaar niet nodig als het genetisch profiel van de tumor een minieme kans op uitzaaiingen geeft.

Een aantal personen plaatst vraagtekens bij het hoge aantal onnodig geachte chemo's. In ziekenhuizen waar zonder nadenken aan iedereen chemo wordt voorgeschreven, aldus het UZ Leuven, hebben genenprofielen zeker zin en zal een hoog aantal vrouwen worden gespaard van chemo. In ziekenhuizen waar er meer genuanceerd wordt omgegaan met chemo zal de impact wel wat minder zijn.

Een ander aspect van die genenprofielen is dat ze zeer prijzig zijn. In de studie werd de MammaPrint gebruikt en die kost ruim 2 600 euro. Er kan dus op chemo worden bespaard indien de test een laag risico aangeeft, maar als de test op een verhoogd risico wijst, moet alsnog chemo worden opgestart. Een chemobehandeling kost ongeveer 7 800 euro. Men moet dus een beetje het een tegen het ander afwegen.

Het Jules Bordet Instituut schat in dat vele patiënten worden overbehandeld en dat we dus beter wel die genenprofielen zouden afnemen. Anderen vrezen dan weer dat dit de kankerbehandeling wel eens behoorlijk duurder zou kunnen maken, mocht het veelvuldig voorkomen dat er na een genenprofiel toch chemo moet worden opgestart.

Ik spreek mij hierover voorlopig niet uit. Mevrouw de minister, ik had eigenlijk gewoon graag uw visie

gekend. Wordt er met de resultaten van de studie van het Jules Bordet Instituut aan de slag gegaan?

02.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, de collega heeft al een heel goede inleiding gegeven en ik zal ze dus zeker niet herhalen. Ik wil daar nog een elementje aan toevoegen. Ook in 2015 was er een KCE-studie, die verschillende van die tests onder de loep heeft genomen en die u een aanbeveling heeft gedaan, onder andere om een pilootstudie te financieren om te bekijken op welk type kanker we al dan niet moeten testen en welke test daarvoor kan worden gebruikt. U hebt daar ook enkele gegevens van registratie en types van labo aan gekoppeld.

Net als de collega wil ik vragen wat met die studie gebeurt. Ik weet immers dat dit een heel delicaat onderwerp is. Wat doet u met de studie van Bordet, maar ook met de aanbevelingen van het KCE? Gaat u in op de vraag om een pilootstudie te financieren? Hoe gaat u daarmee om?

02.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée en mevrouw Muylle, bedankt voor uw vragen. Het groot Europees onderzoek MINDACT heeft inderdaad aangetoond dat voor een bepaalde groep vrouwen met een vroeg stadium van borstkanker het risico op herval niet wordt verlaagd door een bijkomende chemotherapie. Aan dat onderzoek namen bijna zeventuizend vrouwen met borstkanker deel uit negen Europese landen, waaronder België. Die MINDACT-studie werd voorgesteld op een congres van oncologie in de Verenigde Staten op 18 april door de directeur van het Jules Bordet Instituut te Brussel, professor Piccart.

De resultaten van die studie lijken veelbelovend. In de MINDACT-studie werd gebruikgemaakt van de MammaPrint, een genetische test die al jaren op de markt is, die de activiteit van zeventig genen in het tumorweefsel meet en voor die bepaalde borstkankers het risico op herval kan bepalen. Klassiek gebruikt men in de risicobepaling onder andere de leeftijd van de patiënten in combinatie met de resultaten van het microscopisch onderzoek van het weggenomen borstkankerweefsel, de zogenaamde klinische en biologische criteria. In deze studie werd een nieuw criterium toegevoegd, namelijk een doorgedreven analyse van het DNA uit borstkanker.

Wij wachten nu op de publicatie van die studie, die eerstdaags zal gebeuren. Professor Piccart heeft weliswaar de studie al gepresenteerd, maar de studie moet nog gepubliceerd worden. Na publicatie zal die studie uiteraard heel wat reactie en commentaar krijgen, ook van internationale experts, die zowel de resultaten als de gebruikte studiemethoden, zoals gewoonlijk, op een kritische manier doorlichten.

J'ai toutefois déjà pris l'initiative d'agir sans attendre la publication. Ainsi, les résultats ont déjà été abordés à l'occasion des plates-formes Diagnostics compagnons du 17 mai 2016 en présence d'experts issus du Centre belge du Cancer, mais aussi de l'Institut Scientifique de Santé Publique, du Centre d'expertise, du Registre du Cancer, des organismes assureurs et de l'INAMI.

Les preuves cliniques liées à l'usage de MammaPrint sont examinées. Des experts détermineront pour quels patients il serait le plus utile de procéder à des tests génétiques.

L'étude démontre que, pour les femmes atteintes d'une tumeur au sein avec un risque clinique biologique élevé, l'utilisation de MammaPrint permettrait d'éviter une chimiothérapie dans 46 % des cas. Ce test n'est pas conseillé aux femmes ayant un faible risque clinique biologique.

Een tweede aspect is de kosteneffectiviteit. Het Kenniscentrum, dat reeds in 2015 de bijdrage van moleculaire profilerings-tests aan de beslissing tot behandeling met adjuvante chemotherapie bij borstkanker onderzocht, zou dat onderzoek na de publicatie van die studie ook updaten.

Voor andere genexpressietests is er voorlopig onvoldoende klinische evidentie om ze qua kosteneffectiviteit door te lichten.

Met andere woorden, er is al een brede concertatie geweest. Het Kenniscentrum zal na de publicatie zijn vroeger uitgevoerde studie updaten en dus ook kaderen in het licht van de uitkomst van die publicatie. Het zal opnieuw aan mij een advies geven.

02.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitleg. Ik ben blij dat er ondertussen al aan gewerkt is. Het is heel erg belangrijk dat er voortgezette studies gebeuren en dat we veel meer zicht krijgen op de effectiviteit en ook op de kosteneffectiviteit. Niet alleen uiteraard als het gaat over de kostprijs, zowel voor het individu als voor de ziekteverzekering, maar vooral ook omdat het heel erg belangrijk is voor

de beleving van de patiënt zelf, als op een goede manier kan worden gewerkt zonder dat die chemo nodig is. Dank u wel, we volgen het verder op.

02.05 Nathalie Muylle (CD&V): Ik denk dat we nu moeten wachten op de updates van het KCE in het kader van de studie en dan zien we verder. Dank u voor het antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Samengevoegde interpellatie en vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "MRI-scanners" (nr. 10954)
- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toenemende gebruik van MRI-toestellen en de terugbetaling van MRI-scans" (nr. 11333)
- de heer André Frédéric tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmering van de MRI-apparatuur" (nr. 157)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medische beeldvorming" (nr. 12541)

03 Interpellation et questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les scanners IRM" (n° 10954)
- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation croissante des appareils IRM et le remboursement des IRM" (n° 11333)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des appareils IRM" (n° 157)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'imagerie médicale" (n° 12541)

Mevrouw De Coninck is afwezig.

03.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag werd al enige tijd geleden ingediend. Ik vermoed dat mijn collega's deze problematiek meer zien in het kader van de discussie van vorig weekend.

Mevrouw de minister, wij kennen de problematiek allemaal zeer goed. Die kwam hier al zeer vaak aan bod. Er was een laatste programmering van twaalf toestellen, zeven voor Vlaanderen en vijf voor Wallonië. Er was toen een bijkomende vraag, omdat er nog blinde vlekken waren die nog niet waren bediend. U hebt toen terecht gezegd dat de evaluatie van de laatste toestellen moest worden bekeken. Wij zien dat de volumes aan CT's en andere niet dalen door meer MRI's, terwijl het principe van de communicerende vaten zou moeten spelen.

Wat is de stand van zaken omtrent die twaalf toestellen? Wat is er vandaag al geplaatst? Is er al een eerste evaluatie gebeurd? Wat zijn de eerste cijfers?

Sinds begin dit jaar is er ook het kadaster, dat in het KB van februari werd gepubliceerd. Wat is de stand van zaken? Wat kunnen wij nog verwachten op dat vlak, ook in het licht van uw uitspraken vorig weekend?

03.02 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, ces dernières années, diverses campagnes ont été menées en vue de sensibiliser la population belge aux effets néfastes de l'imagerie médicale et, en particulier, à ses effets ionisants. J'ai d'ailleurs déjà eu l'occasion de vous interroger à ce sujet.

Sous la précédente législature, différentes mesures ont été prises afin de diminuer l'exposition des patients aux radiations. Ainsi, il a été prévu une augmentation du nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique en 2015 comme on vient de le rappeler: 7 en Flandre et 5 en Wallonie. Ceux-ci viennent ainsi s'ajouter aux 109 appareils IRM agréés existants dans le but d'éviter des examens par scanner dans le cas où la résonance magnétique est plus indiquée. Le remplacement des scanners par des examens via une IRM s'avère par ailleurs neutre d'un point de vue budgétaire grâce au principe des vases communicants.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de vous en faire part, selon les experts, 230 000 examens IRM

supplémentaires par an nécessitent l'installation de 33 appareils IRM supplémentaires sur une période de quatre ans. Il semble en effet actuellement très difficile de substituer immédiatement un scanner par une IRM car les listes d'attente pour les IRM restent beaucoup trop longues et cela, dans tout le pays. Vu le faible nombre d'appareils IRM actuellement agréés par rapport aux indications cliniques, divers services universitaires et non universitaires de l'ensemble du pays ont installé au fil du temps des IRM non agréés afin de répondre à la demande des prescripteurs. Évidemment, pour ces appareils, les services ne reçoivent pas de financement mais ceux-ci permettent de répondre aux besoins des patients.

Madame la ministre, un cadastre des appareils lourds a enfin été décidé début 2016. On vient d'y faire allusion. Confirmez-vous avoir transmis les formulaires ad hoc aux directions hospitalières en mars dernier, sachant que l'arrêté royal que vous avez préparé en ce sens est au Conseil d'État?

Quand pourrons-nous connaître les résultats de ce cadastre? Quelle est la *deadline*? Et, dès lors, quand une nouvelle programmation pourrait-elle être envisagée?

Il apparaît que les hôpitaux ont également reçu en mai dernier – cela ne remonte pas à très loin – un courrier leur annonçant que, dès le 1^{er} juin 2016, seuls les examens des machines historiquement agréées seront remboursés. Confirmez-vous cela?

Si tel est le cas, il s'agit clairement d'une mesure prise au détriment des patients et en contradiction avec les campagnes d'information "Pas de rayons sans raisons". Si on supprime brutalement le remboursement des examens de ces appareils non agréés, ceux-ci devront être remplacés par des examens scanner, ce qui n'engendrera qu'un déplacement de dépenses et ira totalement à l'encontre des campagnes de sensibilisation. Pour avoir accès à un IRM, il faudra attendre plusieurs semaines voire plusieurs mois ou consulter en nocturne.

Madame la ministre, pourquoi agir avec une telle précipitation, sans attendre de pouvoir analyser les résultats du cadastre des appareils lourds tant attendu? N'aurait-il pas été plus logique de pouvoir avoir une vision claire de la répartition géographique des IRM fonctionnant réellement actuellement (agréées, grises, IRM dites de recherche dans les universités) ainsi que de connaître le nombre d'examens IRM par centre et hôpital avant de prendre ce genre de décision, qui risque d'entraîner une situation chaotique tant pour les hôpitaux que pour les patients?

Envisagez-vous une modification du financement de ces appareils dans le cadre de la réforme du financement hospitalier? Quelles pistes sont-elles envisagées dans ce cadre?

03.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je me joins aux questions posées sur le cadastre.

En février 2014, quand la décision a été prise, trois objectifs étaient poursuivis: la qualité et le délai de diagnostic, l'évitement des irradiations inutiles et l'enjeu du coût pour l'État. Dans la situation actuelle, on est mauvais sur les trois objectifs. Pourquoi? Dans le fond, la réalité, c'est un temps d'attente moyen pour les patients qui tourne autour de deux mois en moyenne. Cela signifie que quand le patient arrive au départ, un scanner est réalisé parce qu'on l'a plus rapidement. Puis, on fait une RMN dans un deuxième temps. Le résultat qui en découle est un moins bon diagnostic immédiat, un doublement des examens (scanner et résonance) et une perte en termes d'exposition du patient aux rayons.

On n'est pas bon sur la qualité du diagnostic immédiat puisqu'on passe d'abord par un scanner alors qu'on sait très bien qu'en termes de plus-value de diagnostic, la RMN est d'un apport extrêmement important dans un nombre de cas non négligeable. En ce qui concerne les irradiations, leur niveau est 1,5 fois supérieur à celui de la France et 3 fois supérieur à celui de l'Allemagne, si je me souviens bien.

Par ailleurs, comme je vous le disais, le coût pour l'État est doublé puisque deux examens sont réalisés au lieu d'un seul.

Tant pour le patient en termes de qualité, de délai et de limitation de l'irradiation que pour le coût à charge de l'État afin d'éviter de dédoubler les examens, je plaide pour que l'on rouvre le chantier du 24 février 2014 et que l'on avance dans l'installation de résonances supplémentaires.

La décision prise le 1^{er} juin va encore un tout petit peu aggraver le temps d'attente des patients.

Je plaide d'autant plus volontiers pour ces installations que le *benchmarking* européen montre que le nombre de résonances par habitant se situe encore bien en deçà de pays qui sont bien avancés dans la limitation de l'irradiation. Je songe bien évidemment à l'Allemagne.

C'est pour toutes ces raisons que j'estime, madame la ministre, qu'il importe de rouvrir ce chantier. Nous devons augmenter le nombre de résonances, quitte à travailler sur le volet des scanners.

03.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, geachte leden, dit is een dossier dat reeds een tijdje meegaat. Mevrouw Muylle, reeds in 2013 werd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een advies gevraagd betreffende de MRI-capaciteit of de nood aan MRI-capaciteit. In het advies van 16 mei 2013 adviseerde de Nationale Raad dan ook om de MRI-capaciteit uit te breiden. Op basis van dit advies en in overleg met de experts van het platform BELMIP werd een planning voor de uitbreiding van de MRI-capaciteit uitgewerkt. Dit plan werd geformaliseerd in het protocolakkoord van 24 februari 2014. Een belangrijk aspect van dit protocolakkoord was een verschuiving van CT-onderzoeken naar MRI-onderzoeken. En dat is eigenlijk alleen mogelijk wanneer de uitbreiding van de MRI-programmatie garanties biedt voor de onderbouwde territoriale spreiding. Het protocolakkoord voorziet ook in de stapsgewijze uitbreiding met evaluaties van zowel het verminderd aantal CT-onderzoeken als van de territoriale spreiding.

Dus de uitbreiding met de twaalf toestellen betreft een eerste fase. Eens die twaalf nieuwe toestellen volledig operationeel zijn, wat nog niet overal het geval is, zal de situatie geëvalueerd worden. Er zal onder meer worden nagegaan of de afgesproken substitutie van CT- naar MRI-onderzoek effectief heeft plaatsgevonden. Men moet echter wel rekening houden met het feit dat er enkele maanden verlopen tussen de erkenning en het moment waarop een toestel volledig operationeel is.

Die evaluatie zal gebeuren via de facturatiegegevens met betrekking tot de nieuwe toestellen bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV. Er wordt ook gewerkt met een nulmeting, die gebruikt zal worden bij de evaluatie om de verschuiving van CT naar MRI te kunnen zien.

De uitbreiding van de programmatie met twaalf toestellen is nooit het einddoel geweest van het protocolakkoord; het faseren en de budgetneutraliteit werden steeds als voorwaarden gesteld voor de uitbreiding. De budgetneutraliteit moet eerst aangetoond worden alvorens verdere stappen kunnen worden gezet. De impact inzake reductie van straling is natuurlijk zeer belangrijk voor de patiënt.

Wat de noodzaak van een gefaseerde uitbreiding van MRI-toestellen betreft, dit hangt samen met een juist voorschrijfgedrag, want volgens de *guidelines* zal men het aanbod beter moeten afstemmen op de behoeften. Op deze wijze hopen wij een niet-accuraat voorschrijfgedrag te voorkomen.

Monsieur Frédéric, en ce qui concerne l'enregistrement, ainsi que je vous l'ai déjà dit, après la publication, le 3 février dernier, de l'arrêté royal instaurant le cadastre, nous avons envoyé une lettre afin d'enregistrer l'appareillage prévu dans ce dernier. Nous avons accordé un délai d'un mois pour les PET-scans et trois mois pour les autres.

Op 17 juni bevat dat kadaster de volgende toestellen: 146 NMR-toestellen, waaronder 10 wetenschappelijke en 15 illegale of zwarte toestellen die er bleken te zijn, maar waarvan men het niet wist; 272 CT-toestellen, 3 PET's, 19 PET-CT's, 1 PET-NMR en 127 SPECT-CT-toestellen. Het kadaster vormt het hart van het handhavingsbeleid. U weet dat het protocolakkoord van mevrouw Onkelinx, mijn voorgangster, werd gesloten met haar collega's van de deelstaten en dat daarin gesteld werd dat een effectieve en sluitende handhaving werd vooropgesteld als een levensbelangrijk element in het globaal afsprakenkader. Zonder handhaving zal een correcte behoeftebepaling, resulterend in een goede geografische spreiding van het aanbod, in een budgetneutrale context, een utopie blijven.

Over de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heb ik al gesproken in mijn antwoord op de vraag van mevrouw Muylle.

Ik verwijs ook graag naar het persbericht van de Belgische Vereniging voor Radiologie. Zij stellen dat de verdere uitbreiding van het MRI-park moet gebeuren op basis van de volgende elementen: op basis van reële en objectieveerbare noden.

Madame Fonck, vous voyez que c'est encore en évolution. Nous ne pouvons connaître les nécessités

réelles que grâce à un cadastre.

Andere elementen zijn een realistisch budget – dus het vermijden van overconsumptie – en een optimale toegankelijkheid, met de meest gunstige regionale spreiding van nieuwe toestellen.

De Belgische Vereniging voor Radiologie stelt verder dat de aanwezigheid van niet-erkende toestellen deze doelstellingen doorkruist omdat de reële noden daardoor onduidelijk blijven en een deel van het budget wordt gespendeerd door de diensten met niet-erkende toestellen, wat ten koste gaat van diensten die nog steeds wachten op een erkend toestel. Niet-erkende toestellen kunnen eender waar worden geïnstalleerd, zonder rekening te houden met de toegankelijkheid en de meest gunstige regionale spreiding.

Ziekenhuizen die een toestel bezitten dat niet erkend is door de deelstaten of buiten die programmatie valt, hebben inderdaad geen facturatienummer ontvangen van het RIZIV.

Il s'agit de l'exécution du protocole d'accord et en exécution de l'article 64, § 1 de la loi SSI (soins de santé et indemnités).

Dat zou ook niet te verantwoorden zijn ten opzichte van de ziekenhuizen die reeds jaren wachten op de mogelijkheid om een MRI te installeren en te exploiteren.

Depuis 1999 déjà, l'attestation des examens RMN n'est possible que si les prestations sont réalisées par un médecin spécialiste en radio-diagnostic dans un service agréé disposant d'un appareil RMN agréé. Jusqu'à présent, il n'était pas possible de refuser a priori un remboursement via les organismes assureurs parce qu'il était impossible d'établir explicitement avec quel appareil un examen était réalisé.

Certains services qui ont l'agrément disposent actuellement de plusieurs appareils.

De uitbreiding met twaalf toestellen betrof dus een eerste fase. Wij zullen zo vlug mogelijk overgaan tot de evaluatie en bekijken wat de verdere noden op het terrein zijn. Het is nogal kort door de bocht, mijnheer Frédéric, om te stellen dat de beslissing om de wetgeving te handhaven contradictorisch is aan de boodschap van de campagne "Pas de rayons sans raison".

Eerst en vooral moet er een wijziging komen in het voorschrijfgedrag om de stralingsbelasting voor de Belgen naar omlaag te krijgen. Door onder andere het goed opvolgen van de richtlijnen, het gebruik van systemen voor beslissingsondersteuning en het substitutierecht van de radioloog moeten wij komen tot een situatie waarin steeds het meest doeltreffend onderzoek voor de patiënt wordt uitgevoerd. Het is in heel wat gevallen überhaupt aangewezen om geen onderzoek aan te vragen. Dat blijkt uit de cijfers.

Un examen ciblé de l'application de cette directive en ce qui concerne l'imagerie médicale, réalisé sur ordre du Collège des médecins-directeurs, a permis de constater que 70 % des examens CT de la colonne vertébrale ne sont pas prescrits conformément aux directives. De même, on a observé une sur-utilisation de 12 % des IRM.

Pour les autres examens CT, on a également constaté que la prescription respectait rarement les directives. La marge est donc grande pour améliorer la situation et éviter que nos concitoyens ne soient trop exposés aux rayons.

J'ai déjà indiqué, madame Fonck, qu'une extension de cette programmation est possible à condition que le nombre d'examens CT diminue.

Wij willen vooral dat de voorschriften een meerwaarde voor de patiënt hebben. Wanneer een voorschrift, een scan of een MRI wordt gevraagd, moet dat een meerwaarde voor de patiënt hebben. Het moet niet alleen om de straling gaan, maar het moet ook een meerwaarde hebben voor het stellen van de diagnose.

Ik heb er u al op gewezen dat in een groot aantal gevallen een loopje wordt genomen met de reden waarom het wordt voorgeschreven.

Si les directives pour l'imagerie médicale sont appliquées, le nombre d'examens CT-scan doit diminuer. Actuellement, ce nombre est encore très élevé en Belgique. Dans un examen ciblé, je vous ai dit qu'il y avait trop de CT-scans de la colonne vertébrale; on essaie d'en diminuer le nombre lorsqu'ils ne sont pas vraiment

significatifs pour le patient.

Pour les autres examens CT-scan, on a vu que, souvent, la prescription ne respectait pas les directives. On continue à les contrôler pour déterminer s'ils sont justifiés et efficaces.

Dans le cadastre national dont nous disposons, figurent évidemment des appareils RMN sans autorisation. L'arrêté royal du 26 mai 2016, publié le 31 mai en exécution de l'article 64, § 1, qui intègre les nouvelles conditions de remboursement, stipule que la réglementation entre en vigueur le 1^{er} juin.

Il n'y a pas d'initiative pour supprimer à nouveau cette réglementation ni pour prévoir des mesures transitoires supplémentaires. Une bonne utilisation de l'imagerie médicale avec une extension par phases du nombre d'appareils RMN, comme convenu entre les autorités compétentes est dans l'intérêt de chacun: surtout des patients, des médecins et des autorités qui doivent également tenir compte des aspects budgétaires.

03.05 Nathalie Muylle (CD&V): Dank u, mevrouw de minister, voor een heel uitgebreid antwoord.

U hebt de problematiek heel goed geschetst. Ik volg u volledig wanneer u zegt dat er, ten eerste, heel wat moet gebeuren in het kader van het voorschrijfgedrag, en, ten tweede, dat het kader moet worden hertekend op een gecontroleerde manier, budgetneutraal, met een goede regionale spreiding.

De parameters die u vandaag toepast, zijn de juiste parameters, maar u weet natuurlijk ook dat er nog een paar blinde vlekken zijn. Onder andere de positie van een ziekenhuis en het feit dat het al dan niet beschikt over een MRI-toestel, zijn belangrijke factoren, zeker in het kader van de netwerkvorming.

De hervorming van het landschap maakt heel wat ziekenhuizen ongerust. In die zin is het belangrijk om nu binnen het kader tot een snelle evaluatie te komen. Laten we hopen dat dat een effect heeft op de cijfers. Er zijn voldoende stimuli, ook voor de toekomst, om hen daarop te wijzen en eventueel te sanctioneren. Ik heb er vertrouwen in dat als we de evaluatie kunnen maken, de blinde vlekken opgevuld zullen kunnen worden.

03.06 André Frédéric (PS): Madame la présidente, je partage un certain nombre d'éléments qui ont été exprimés par la ministre mais pas tous. Nous allons suivre la mise en œuvre de ce cadastre dont on nous parle et dont on aimerait bien connaître la *deadline*. Nous n'avons pas eu de réponse à ce propos. Quand pensez-vous atterrir avec ce cadastre?

03.07 Maggie De Block, ministre: En politique, la première règle, comme vous le savez sans doute, est de ne jamais donner de *deadline*.

03.08 André Frédéric (PS): Mais à votre avis?

03.09 Maggie De Block, ministre: J'attends l'évaluation. J'ai demandé au service de faire cette évaluation aussitôt que possible. Une première évaluation sera faite pour voir où il y a des problèmes, des listes d'attente et où subsistent encore des problèmes régionaux. Pour moi, c'est donc aussitôt que possible, mais il faut avoir une évaluation chiffrée. Et maintenant on a la possibilité de le faire.

03.10 André Frédéric (PS): Parfait. On va donc attendre d'avoir ces résultats. Parce que la réalité concrète de nos concitoyens, en tout cas ceux qui s'expriment à cet égard, c'est qu'il est extrêmement difficile d'arriver à avoir ce type d'examen. Un IRM dans ma région, la belle région verviétoise, c'est un grand minimum de 2 mois, même dans des situations parfois urgentes. J'ai connu personnellement une situation physique un peu urgente et il y avait 2 mois d'attente. Il était impossible de faire plus vite.

Madame la ministre, par rapport à l'élément de ne plus rembourser, je comprends votre logique. On est tous d'accord pour dire qu'il faut limiter le nombre de scanners. Mais votre décision de ne plus rembourser à partir du 1^{er} juin du matériel hors d'activité pour l'instant et qui répond à ces demandes, autant que faire se peut dans les limites de ce qui est réalisable, ne me paraît pas être une bonne idée. Je pense qu'on aurait dû attendre d'avoir ce cadastre avant de prendre toute décision afin de bien évaluer, région par région, quels sont les besoins et l'incidence budgétaire des investissements à mettre en œuvre.

Je déposerai pour vous soutenir dans votre travail, madame la ministre, comme d'habitude dans une vision positive, une motion de recommandation que je vais remettre dans les mains de la présidente.

03.11 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je suis d'accord avec vous quand vous dites que le nombre de scanners doit diminuer et qu'il faut un glissement du scanner vers l'IRM. Mais vous n'obtiendrez cela que si l'alternative présente un délai similaire. Sinon, il n'y aura pas de réduction du nombre de scanners. En effet, les patients devant attendre un ou deux mois, voire plus, il est logique que les cliniciens devant poser un diagnostic aigu ou subaigu n'attendent pas deux mois. Je rappelle tout de même que ce ne sont pas les radiologues qui prescrivent, puisqu'il n'y a pas d'auto-prescription possible.

C'est vrai que la situation actuelle est terriblement viciée à cause de cela. C'est un petit peu le serpent qui se mange la queue: on ne veut pas augmenter les résonances, du coup on fait d'abord un scanner, puis une résonance dans un second temps, ce qui coûte à l'État. On pourrait faire une résonance d'entrée de jeu, en évitant le scanner et en se dirigeant vers un diagnostic plus efficace, en tout cas lorsque le scanner est indiqué, et en évitant des irradiations, rappelons-le, puisque la résonance n'est pas irradiante.

Madame la ministre, vous allez faire cette évaluation, mais attention aux critères que vous utiliserez. Si vous utilisez les aspects que je viens d'évoquer, vous n'arriverez évidemment jamais à un résultat positif, et le système vicié tel qu'il existe aujourd'hui continuera à tourner. Je continue à plaider pour une extension de la résonance. Celle-ci est à la fois indispensable pour le patient et pour le volet de la sécurité sociale. Je pense qu'il est totalement possible de contrôler le budget du scanner à condition de présenter l'alternative de la résonance assortie d'un délai extrêmement court.

Moties Motions

La **présidente**: En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.
Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Une motion de recommandation a été déposée par M. André Frédéric et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de M. André Frédéric

et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement

- de pouvoir disposer le plus rapidement possible d'un cadastre des appareils lourds afin de permettre une nouvelle programmation en adéquation avec les besoins des patients et dans le but de diminuer l'exposition de la population aux radiations;
- de suspendre la décision visant à ne plus rembourser les examens des machines historiquement agréées à partir du 1^{er} juin afin de ne pas risquer d'exposer davantage les patients aux rayons ionisants et ne pas créer de situation chaotique dans les hôpitaux;
- d'accorder dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux une attention particulière au financement de ces appareils IRM afin de répondre au besoin croissant en la matière et surtout afin d'éviter d'exposer inutilement les patients aux rayons ionisants."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer André Frédéric en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van de heer André Frédéric

en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
vraagt de regering

- dat er zo snel mogelijk een kadaster voor zware medische apparatuur voor medische beeldvorming zou komen, zodat er een nieuwe, op de patiëntenbehoeften afgestemde, programmatie kan worden opgesteld en teneinde de blootstelling van de bevolking aan stralingen terug te dringen;
- de beslissing om onderzoeken uitgevoerd met 'historisch' erkende toestellen met ingang van 1 juni niet langer te vergoeden, op te schorten, om niet het risico te lopen de patiënten meer bloot te stellen aan ioniserende stralen en om geen chaotische situatie uit te lokken in de ziekenhuizen;
- in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering bijzondere aandacht te schenken aan de financiering van de MRI-toestellen, om een antwoord te bieden op de toenemende behoefte aan dat soort onderzoeken en bovenal om te voorkomen dat patiënten onnodig aan ioniserende stralen worden blootgesteld."

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Nathalie Muylle, Ine Somers et Yoleen Van Camp et par M. Jean-Jacques Flahaux.

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Nathalie Muylle, Ine Somers en Yoleen Van Camp en door de heer Jean-Jacques Flahaux.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.
Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidstaks" (nr. 10955)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidstaks" (nr. 11143)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "5 procent gezonder eten" (nr. 12476)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het terugdringen van calorieën in ons voedsel" (nr. 12509)
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het afgesloten akkoord met Comeos en FEVIA" (nr. 12534)

04 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe santé" (n° 10955)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe santé" (n° 11143)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une alimentation 5 % plus saine" (n° 12476)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction de l'apport calorique de nos aliments" (n° 12509)
- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accord conclu avec Comeos et FEVIA" (n° 12534)

04.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik zal kort zijn. Mijn vraag is eenvoudig. Wij zijn al zes maanden ver in het nieuwe jaar met de maatregelen genomen in het kader van de gezondheidstaks, met name de stijging van 1 eurocent voor een blikje en 3 eurocent voor een fles frisdrank.

Er is het budgettaire aspect, maar in de commissie hebben wij ook veel vragen gesteld over hoe wij verder met de inkomsten zouden omgaan en hoe dit in een globale gezondheidsaanpak past. U zou daarover overleg plegen met uw collega's van de regio's, die bevoegd zijn inzake het preventieve deel.

Samengevat, wat is de stand van zaken in dit dossier, mevrouw de minister?

04.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag is even kort als deze van mevrouw Muylle. Wij hebben in het verleden bijzonder veel kritiek gehad op de gezondheidstaks. Wij hebben toen begrepen dat er aan een nationaal voedingsplan wordt gewerkt, wat ons uiteraard verheugt.

Wat is de stand van zaken? Wanneer zal het voedingsplan worden voorgesteld? Wat zijn de maatregelen die daarin worden opgenomen? Hoe zit het dan met de huidige maatregelen in verband met de taks op frisdranken? Worden die aangepast of niet?

04.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, sedert 1 januari 2016 is de gezondheidstaks inderdaad in voege getreden in ons land. Voor cijfers over de verkoop en opbrengst is het nog wat vroeg. Ik moet die cijfers ook zelf opvragen bij mijn collega's, de minister van Financiën en de minister van Economie. Het is wat vreemd om deze cijfers zelf te geven.

Mevrouw Muylle, de verwijzing naar het verbod op frisdranken en snacks in Letse scholen is inderdaad interessant. Het is een voorbeeld van het feit dat voor een grondige aanpak van de niet-overdraagbare aandoeningen die een link hebben met voeding, de samenwerking van alle betrokkenen wordt gevraagd, van overheden op alle niveaus om mee te beginnen.

Over het aanbod aan voedsel op school en het al dan niet toelaten van automaten met gesuikerde dranken en snacks beslissen, zoals u weet, de Gemeenschappen. Ook de voedingsindustrie en de retail zullen hun verantwoordelijkheid moeten opnemen, net als de cateraars en de horeca. Tot slot blijft het natuurlijk ook de

verantwoordelijkheid van de consument, die ervoor kan kiezen om gezonde producten te kopen in plaats van ongezonde producten.

De consument moet echter goed geïnformeerd zijn. Daarom werd besloten een gezamenlijk plan voor de aanpak van voeding en gezondheid op te stellen. Daarin moeten alle aspecten samenkomen: sensibilisering, onderwijs, het aanmoedigen van beweging, een gezondere samenstelling van voedingsproducten in de winkels, bekijken of een label de consument kan helpen om een gezonde keuze te maken enzovoort. Ook kwamen wij overeen binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid een platform op te richten dat de uitwisseling van informatie tussen de federale overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten organiseert en ervoor zorgt dat verschillende initiatieven elkaar versterken.

Vorige week werd het convenant over evenwichtige voeding voorgesteld, gesloten met de federatie van de Belgische voedingssector FEVIA, de federatie voor de handel en diensten Comeos, voedingsbedrijven, handelaars, restaurantketens, cateringbedrijven en mijn diensten. Het convenant werd ondertekend en bekrachtigd tijdens een persconferentie op maandag 13 juni. Met dat vrijwillig engagement wordt gemikt op een daling van de dagelijkse calorie-inname door de bevolking van 5 % tegen eind 2016. Voor sommige producten hebben wij een akkoord tot 2020 en wordt er nog eens 5 % bij gedaan tegen 2020, maar er is nog geen akkoord voor alle producten.

Dit gebeurt door het verminderen van het gehalte aan toegevoegde suikers en vetten in de voedingsproducten en in de culinaire bereidingen van de cateringbedrijven en restaurantketens, alsook door kleinere portiegroottes.

In verband met dit engagement zal een onafhankelijke monitoring worden uitgevoerd door de diensten van de federale overheid, op basis van de gehalten aan voedingsstoffen van de voornaamste productcategorieën uit de voedselpiramide van 2012 – dat punt nemen we als nulmeting – en 2016, en op basis van de consumptiefrequentie uit de voedingsenquête van 2015. Afhankelijk van de resultaten van de evaluatie zijn FEVIA en Comeos bereid bijkomende engagementen op tafel te leggen voor de periode tot 2020. Wij hebben dus in twee stappen gewerkt.

Er is niet voorzien in sancties, daar het gaat om een vrijwillige overeenkomst van de economische operatoren. Zij hebben er echter alle belang bij om zich te houden aan de verbintenis die zij mee ondertekend hebben ten aanzien van hun verantwoordelijkheid bij het formuleren van duurzame oplossingen om slechte voedingsgewoontes en de levensstijl van de consumenten te veranderen.

In het kader van het protocolakkoord met de Gemeenschappen, ondertekend tijdens de jongste Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, werden de grondslagen gelegd voor een ambitieus voedingsbeleid, opdat er acties zouden worden opgezet in alle beleidsdomeinen en op alle beleidsniveaus. Het is dus van fundamenteel belang dat elk beleidsniveau zich binnen zijn bevoegdheden inzet om de incidentie van niet-overdraagbare ziekten in ons land te doen dalen.

Ook het convenant dat ondertekend wordt, zal het voorwerp uitmaken van een bespreking in de volgende Interministeriële Conferentie, zodat men in de deelstaten ook zeer precies weet wat er afgesproken is, zodat zij daarop beleidsmatig kunnen voortbouwen en initiatieven kunnen nemen om dit te versterken.

La **présidente**: Madame la ministre, dans votre réponse, vous avez évidemment intégré des éléments qui avaient trait à l'alimentation 5 % plus saine. Des questions ont été déposées sur le sujet. Il ne sert à rien de reposter ces questions-là plus tard. Je vais donc laisser à Mme Jiroflée la possibilité de réagir sur les deux questions - taxe et 5 % - et Mme Van Camp pourra aussi répondre à la réponse de Mme la ministre.

04.04 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, u hebt gelijk. Frisdrank is één aspect. U hebt het echter in een groter geheel geplaatst.

Voor de cijfers zal ik bij uw collega's te rade gaan.

Een en ander zal ook een belangrijk element zijn voor Vlaanderen tijdens de gezondheidsconferentie die daar zal plaatsvinden.

Wij komen in de commissie dus nog zeker terug op de materie.

04.05 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, u hebt inderdaad het antwoord gegeven dat ik min of meer verwachtte op vraag nr. 12476 van mevrouw Van Camp, vraag nr. 12509 van mijzelf en vraag nr. 12534 van mevrouw Van Hoof, met name over de 5 % minder suiker door de voedingsindustrie. Applaus op alle banken, zou ik zeggen, als dat een overeenkomst is tussen de industrie en uzelf. Dat is dus geen probleem.

Wat mij echter opviel bij de communicatie over het convenant met de voedingsindustrie, was uw verklaring: wanneer mensen weten dat het belangrijk is om gezond te eten, dan lukt het. Welnu, volgens mij wringt daar precies het schoentje, want het is juist de taak van de overheid om ervoor te zorgen dat de mensen dat weten. Op dat vlak moet er inderdaad nauw worden samengewerkt met de Gemeenschappen en de Gewesten.

Mijn bijkomende vraag ter zake ging over de Interministeriële Conferentie. U hebt deze vraag inmiddels al halvelings beantwoord.

Op de vraag over de taks op frisdranken heb ik nog geen antwoord gekregen. Blijft deze al dan niet gehandhaafd? Of wordt dat bekeken in het plan dat er zichtbaar aankomt?

04.06 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de impact van het ziekenhuisvolume met betrekking tot de longkankerbehandeling" (nr. 10956)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de centralisatie van de kankerbehandelingen" (nr. 11025)
- mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het Kenniscentrum inzake de behandeling van longkanker" (nr. 11099)
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de centralisatie van longkankerchirurgie" (nr. 11788)

05 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'incidence du volume d'activité des hôpitaux dans le cadre du traitement du cancer du poumon" (n° 10956)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la centralisation des traitements contre le cancer" (n° 11025)
- Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du Centre d'expertise relative au traitement du cancer du poumon" (n° 11099)
- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la centralisation des interventions pour le cancer du poumon" (n° 11788)

05.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, we weten meer en meer dat kanker een chronische aandoening wordt. Toch zijn er enkele tumoren waarbij de vooruitzichten nog altijd erg somber zijn. Longkanker is duidelijk een van die tumoren, zeker wanneer we kijken naar overlijdens bij mannen. Meer dan de helft van de patiënten overlijdt nog binnen het jaar na de diagnose en minder dan een kwart van de patiënten is nog in leven na drie jaar.

Longkankerchirurgie is sterk versnipperd in België. Een heel goede KCE-studie heeft dit in beeld gebracht. Wat zegt de KCE-studie nu? De helft van onze centra, 55 op 85, voert minder dan tien ingrepen per jaar uit. Slechts negen centra doen er jaarlijks veertig of meer. Uit de cijfers blijkt dan dat een zeer laag jaarlijks volume gepaard gaat met een hogere postoperatieve mortaliteit. Bovendien wordt ook een positieve relatie gelegd tussen het volume en het resultaat voor een eerstejaarsoverleving. De mortaliteit op korte termijn, zestig dagen, ligt duidelijk hoger in de centra met een zeer laag volume. We kijken dan ook in de nadere volumecategorieën. Het toont aan dat een chirurgisch volume van minstens tien ingrepen per jaar nodig is om de mortaliteit op korte termijn te beperken.

De rapporten van het KCE tonen een heel duidelijke versnippering van de zorgverlening in ons land aan voor courante en voor zeldzame tumoren. Men zou meer en meer naar een centralisatie moeten gaan bij het behandelen nadat de diagnose gesteld is. Het KCE raadt dan ook aan om na te gaan of er geen minimum

moet worden ingevoerd in het kader van het aantal ingrepen dat men al dan niet mag doen, om zo tot betere postoperatieve cijfers te komen.

Binnen de raad van bestuur van het KCE werd daarover heel veel gediscussieerd. Heel wat collega's hadden toen gelijk, vooral in de discussie dat we cijfers niet zomaar mogen interpreteren. Als men bijvoorbeeld veertien of vijftien operaties doet met drie artsen, kan dat weer andere cijfers geven dan wanneer één arts er veertien doet. Het heeft ook te maken met de kwaliteit van het omringend team en van de oncologisch verpleegkundigen. Hoe goed is de omkadering? Hoe past een en ander in een multidisciplinair kader? Er was heel wat bezorgdheid bij de conclusies die we binnen het KCE hebben getrokken. We vonden als KCE ook dat vooral de cijfers op het vlak van de mortaliteit heel sterk stijgen naarmate het aantal ingrepen daalt.

Wat gaat u doen met de KCE-studie, mevrouw de minister? Ik begrijp dat dit ook weer een punt is in het kader van de hertekening van het ziekenhuislandschap, maar wat zult u met die studie aanvangen?

05.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, mijn collega heeft de inhoud van de KCE-studie al uitvoerig geschetst. De vraag naar een centralisatie bij bepaalde kankers, zoals longkanker, wordt ook door het IMA en Kom op tegen Kanker gevraagd. Het is dus zeker niet alleen het KCE die dit vraagt, maar ook het IMA en mensen op het terrein.

U hebt zelf ook al verschillende keren voor die centralisatie gepleit. Onze fractie is daar ook voorstander van, want centralisatie van kwaliteitsvolle zorg is de toekomst. Niet elk ziekenhuis moet alles willen doen. Een tijdige doorverwijzing is zeer belangrijk.

Mevrouw de minister, u hebt altijd gezegd dat u dit wil aanpakken. Welke maatregelen zult u treffen? Wanneer mogen wij concrete plannen ter zake verwachten? Neemt u de centralisatie van alle kankerbehandelingen mee of alleen de longkankeroperaties? Zult u in dit plan ook rekening houden met de zeer dure nieuwste kankerbehandelingen? Wat is de budgettaire impact? Welke keuzes zult u maken?

05.03 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, de problematiek en de studie zijn al duidelijk geschetst. Wij weten dat het KCE in het verleden al tot gelijkaardige conclusies is gekomen inzake maag- en slokdarmkanker. Wij hebben het dus niet alleen over de behandeling van longkanker.

Mevrouw de minister, in welke mate zult u bij de hertekening van het ziekenhuislandschap rekening houden met de resultaten uit die studies? Welke timing houdt u voor ogen? Hoe zult u verder te werk gaan?

05.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Muylle, mevrouw Dedry, mevrouw Somers, elke patiënt, in welk ziekenhuis hij zich ook bevindt, heeft recht op de best mogelijke zorgen. Soms is het nodig om een patiënt te verwijzen naar een ander centrum dat wel de expertise in huis heeft voor een behandeling. Dat geldt bijvoorbeeld voor longkankerchirurgie, maar ook voor andere complexe oncologische chirurgische ingrepen, zoals slokdarm- en pancreaschirurgie, waarvoor het Kenniscentrum eveneens wetenschappelijk onderbouwd aangetoond heeft dat de *outcome* samenhangt met het volume van het aantal ingrepen dat uitgevoerd is. Die *outcome* gaat zowel over de overlevingskansen als over de kwaliteit van het leven na de ingreep, twee toch wel zeer belangrijke zaken voor de patiënt.

In onze buurlanden zien wij dat er reeds zeer transparant gecommuniceerd wordt over de zorgkwaliteit, en dat niet langer op vrijwillige basis. Ook in België stellen wij die maatschappelijke evolutie vast en leeft de vraag van de patiënt naar meer transparantie. Het lijkt ook steeds onlogischer om het begrip "empowerment van de patiënt" in de mond te nemen en tegelijkertijd de patiënt niet systematisch toegang te geven tot informatie over de kwaliteit en de *outcome* van behandelingen. Wij willen daarom onderzoeken of en op welke wijze de resultaten van de monitoring van de kwaliteit en de *outcome* openbaar gemaakt kunnen worden. Onder *outcome* verstaan wij de meerwaarde van de behandeling voor de patiënt. Recent heb ik in Londen nog gesproken op de ICHOM-conferentie en in het kader van de *outcome* werd daar ook over meer *value* voor de patiënt gesproken.

Het is bekend dat wij op relatief korte termijn complexe kankerchirurgie willen concentreren in gespecialiseerde centra, met name in centra waar aangepaste infrastructuur, apparatuur en expertise beschikbaar zijn en waar multidisciplinaire teams een voldoende groot aantal patiënten met zulke aandoeningen behandelen. Daartoe verkennen wij op dit ogenblik verschillende pistes, gaande van een wijziging in de organisatie van de zorg, bijvoorbeeld via een programmatie of via de toekenning van een

referentiefunctie binnen een gespecialiseerd zorgprogramma, tot wijzigingen in de financiering, bijvoorbeeld door te werken met specifieke conventies voor een deel van de behandeling van bepaalde kankertypes, door slechts in RIZIV-terugbetaling te voorzien indien het centrum voldoet aan bepaalde criteria.

Wij zullen eveneens onderzoeken aan welke criteria moet worden voldaan om de behandeling te mogen uitvoeren. Een van de parameters daarbij is mogelijk een minimum aantal behandelingen per team. Dat is een van de parameters. In sommige ziekenhuizen zijn er misschien maar tien behandelingen per jaar. Dat betekent niet dat de mensen die daar werken niet goed zijn opgeleid of dat er een gebrek aan professionaliteit is, maar een studie van het Kenniscentrum heeft wel aangetoond dat hoe meer een team zulke ingrepen doet, hoe meer het team die ingrepen in de vingers heeft en hoe beter de eindresultaten zijn.

Wij moedigen ziekenhuizen aan om meer samen te werken en zich te laten inspireren door het model van *shared care* dat ook door het Kenniscentrum werd aanbevolen, zeker voor oncologische behandelingen. Die samenwerking gaat zowel over de behandeling als over het doorverwijzen en terugverwijzen van patiënten voor sommige behandelingen. De expertise wordt daarbij gebundeld in zogenaamde *centers of reference* of gespecialiseerde centra. De basiszorg moet echter blijven gebeuren in het ziekenhuis dat de patiënt heeft gekozen. Het gaat niet over een doorverwijzing van een patiënt die men nooit meer terugziet. Voor de basiszorg wordt de patiënt terugverwezen. Dat zou een optimale zaak zijn voor de patiënt.

Daar wordt hard aan gewerkt, in samenwerking en overleg met het terrein, want wij beseffen dat dit delicaat is voor sommige ziekenhuizen. Het hangt immers samen met de hervorming van het ziekenhuislandschap, maar ook met de ziekenhuisfinanciering. Hoe zal de financiering verlopen als de ziekenhuizen patiënten doorverwijzen en een deel van de dure ingrepen in een ander, gespecialiseerd ziekenhuis gebeuren, waarna de patiënt terugkeert naar het oorspronkelijke ziekenhuis? Wij moeten met die gevoeligheden – die zich voor ziekenhuizen vaak in de portefeuille bevinden – rekening houden. Ons doel blijft echter om naar netwerken te gaan waarmee een kwalitatieve en zeer efficiënte zorg wordt beoogd in heel het land.

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

Ik denk inderdaad dat dit de correcte aanpak is in het kader van de *shared care* en van de netwerken. Onze artsen, verpleegkundigen en teams moeten veel meer samenwerken. Waar er meer expertise is, moet men die in de vingers krijgen en ze dan naar de eigen regio terugbrengen. Er bestaan vandaag al een paar heel mooie voorbeelden op dat vlak.

Ik denk dat het ook de toekomst is van onze zorg om op die manier verder te doen en niet te beslissen om bepaalde zones uit te sluiten. Door samen te werken kunnen we een heel toegankelijke en hoogkwalitatieve zorg aanbieden die bereikbaar blijft voor heel veel patiënten.

05.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik begrijp dat het heel veel werk is en dat er hard aan wordt gewerkt. Daar twijfel ik niet aan.

Wat mijn vraag inzake de timing betreft, kunt u daarover concreter zijn? U hebt daarover immers niets gezegd.

05.07 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik sluit mij aan bij de reactie van mevrouw Muylle. Ik vind het heel belangrijk dat er een aanmoediging komt om samen te werken en te netwerken, zodat het van op het terrein zelf komt. Daarnaast moet ook wordt nagedacht hoe men die evolutie verder kan stimuleren vanuit de overheid.

Ik hoop dat de timing inzake de realisatie dit kan versnellen, en dat in het belang van de patiënt.

05.08 Minister Maggie De Block: Wat de timing betreft, ik heb een aantal adviezen gevraagd, onder andere aan het Kenniscentrum, over de laag-, medium- en hoogvariabele zorg. Dat hangt daarmee samen, want als we dit veranderen, moeten we ook de financiering veranderen.

We zitten nog altijd op de tijdsbalk die we op 28 april 2015 hebben voorgesteld. Ik verwacht de adviezen. Men heeft me verzekerd dat ze er te gepasten tijde zullen zijn. Wij hebben daarvoor al een zekere timing opgesteld, alleen ontsnapt het mij nu wanneer dit aan bod zal komen.

Mevrouw de voorzitter, op uw vraag hebben wij nog in een update van het ziekenhuisfinancieringsplan voorzien in deze commissie. Dat zal voor midden september zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La semaine passée, nous nous demandions si on pouvait prévoir une commission durant la première quinzaine de septembre. La Conférence des présidents a confirmé ce que j'avais dit la semaine passée, à savoir que les réunions de groupes et les mises au vert de rentrée ne peuvent avoir lieu le mardi et le mercredi, jours de commissions. Il faudra le dire à votre groupe.

05.09 Maggie De Block, ministre: Dans notre groupe, cela commence un jeudi soir.

La **présidente**: Nous discuterons de la première quinzaine de septembre lors de l'organisation de nos travaux.

06 Question de M. Michel de Lamotte à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le refus d'octroi de l'agrément 112 à une société d'ambulances de Soumagne" (n° 10960)

06 Vraag van de heer Michel de Lamotte aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de weigering om een ambulancebedrijf uit Soumagne te erkennen als ambulancedienst voor dringend ziekenvervoer" (nr. 10960)

06.01 Michel de Lamotte (cdH): Madame la ministre, la société INS Ambulances Soumagne - créée suite à la faillite de la SPRL Jaegers-Moreau - a soumis une demande d'agrément pour pouvoir intervenir dans le cadre de l'aide médicale urgente. Vous avez répondu à cette demande en disant que, "à la suite de l'aveu de faillite de la SPRL Jaegers-Moreau, j'avais demandé un avis à la Commission d'aide médicale urgente de la province de Liège, COAMU. La COAMU a mesuré l'impact de cette indisponibilité sur l'aide médicale urgente, en particulier sur le temps d'intervention et a entendu plusieurs services d'ambulances qui ont manifesté leur intérêt pour le secteur au départ de Soumagne". Vous indiquez ensuite que, "vu l'avis de la COAMU et vu la réforme de l'aide médicale urgente que je prépare, il me semble inopportun de désigner un nouveau service au départ de Soumagne pour le moment". Ceci a pour conséquence que la société peut toujours faire du transport médico-sanitaire non urgent, mais qu'elle ne peut pas être envoyée par le dispatching 112 pour prendre en charge un patient plus grièvement atteint, laissant ainsi les habitants de la région de Soumagne sans ce type de transport permettant une intervention rapide dans les situations qui requièrent l'urgence et éviter ainsi des drames causés par des interventions trop longtemps attendues.

Madame la ministre, pourriez-vous préciser l'avis de la COAMU? Est-il exact que cet avis est favorable à l'agrément de la société INS Ambulances Soumagne? Dans l'affirmative, comment justifiez-vous le fait de ne pas avoir suivi l'avis de cette commission? Vous justifiez votre refus d'agrément par le fait que vous préparez une réforme de l'aide médicale urgente. Mais quand comptez-vous aboutir avec cette réforme? En attendant la mise en place effective de votre réforme, ne serait-il pas opportun d'assurer aux citoyens de la région de Soumagne une prise en charge rapide dans le cadre de l'aide médicale urgente par la société INS Ambulances Soumagne, comme cela était le cas jusqu'à récemment grâce à la SPRL reprise qui disposait de cet agrément? Quel est le changement intervenu en réalité pour l'ensemble des citoyens concernés, justifiant le fait que l'ancienne société disposait d'un agrément et que la nouvelle société se l'est vu refuser?

06.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur de Lamotte, l'avis de la Commission d'aide médicale urgente de la province de Liège est défavorable à l'octroi de l'agrément 112 à une société d'ambulances de Soumagne ce, sur plusieurs points.

Après la faillite du service d'ambulances agréé Jaegers-Moreau, la Commission a assuré l'aide médicale urgente dans la région de Soumagne en demandant à la Croix-Rouge de Blégny d'intervenir sur le territoire de Soumagne.

La Commission a instauré un monitoring relatif aux temps d'intervention sur le territoire de Soumagne. Elle a examiné plusieurs dossiers de candidature à l'octroi d'un nouvel agrément.

Les conclusions et l'avis de la COAMU sont les suivants. Tout d'abord, l'aide médicale urgente sur le territoire de Soumagne est assurée au départ de la Croix-Rouge de Blegny. Les temps d'intervention ont été monitorés et une analyse approfondie des interventions sur un mois a été effectuée. On dénombre 116 interventions sur le territoire de Soumagne. Toutes les interventions ont été réalisées dans un temps

d'intervention inférieur à 15 minutes. La commission en a conclu que l'aide médicale urgente est donc assurée.

La commission a, en même temps, évalué les différentes candidatures. Ladite société INS Ambulances Soumagne qui mène une communication assertive n'est pas sortie comme la lauréate des candidatures. En plus, le nombre d'interventions d'aide médicale urgente étant limité au territoire de Soumagne, la commission a jugé que le risque de faillite d'un nouvel agréé restait aussi réel. Tenant compte de tous ces arguments, il m'a semblé inopportun d'octroyer un nouvel agrément.

06.03 Michel de Lamotte (cdH): Il reste la deuxième question sur le projet de réforme.

06.04 Maggie De Block, ministre: Sur le projet de réforme, on a déjà beaucoup travaillé. Comme c'est assez compliqué, ce travail est toujours mené en collaboration avec les services de M. Jambon parce qu'il s'agit souvent d'ambulanciers qui se trouvent chez des pompiers ou bien dans les hôpitaux. Il y a toutes sortes de services d'ambulance. En fonction des différentes organisations sur le terrain, nous allons tout d'abord présenter un plan ici, au Parlement.

06.05 Michel de Lamotte (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Je prends acte de votre deuxième réponse. En effet, elle s'inscrit dans un débat global. En ce qui concerne la première réponse, vous avez évoqué un certain nombre d'éléments. Je constate aussi que la situation sur le terrain n'était pas différente avant et maintenant. Vous avez jugé qu'il fallait rationaliser. Je prends acte de votre décision.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 10967 de M. Blanchart est reportée.

07 Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un éventuel remboursement des soins psychologiques" (n° 11047)

07 Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de eventuele terugbetaling van psychologische zorg" (nr. 11047)

07.01 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la présidente, madame la ministre, une récente étude du KCE intitulée "Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques" et réalisée à la demande de l'INAMI, du SPF Santé publique et d'une association professionnelle de psychologues propose un système de remboursement des soins psychologiques à deux étages.

Le premier étage serait ouvert à tous et accueillerait sans restriction les problèmes psychiques courants et modérés. Cette prise en charge de première ligne serait limitée à 5 séances et pourrait être proposée un peu partout: dans des cabinets de médecine générale ou des maisons médicales, des centres PMS, des plannings familiaux, etc. Si le patient le souhaite, son médecin généraliste pourrait percevoir un supplément d'honoraires pour jouer ce rôle lors de consultations de longue durée.

Le second étage serait d'un accès plus restreint pour les patients qui ont besoin de soins plus spécifiques - cette fois sur prescription - par exemple pour une psychothérapie. Le nombre de séances remboursées serait également limité, mais renouvelable à certaines conditions.

Madame la ministre, à l'heure où le nombre de dépressions et de burn-out ne cesse d'augmenter, cette étude me paraît mériter toute notre attention. Certes ces remboursements auraient un coût mais d'un autre côté ils pourraient éviter des coûts plus importants dans l'assurance maladie-invalidité, pour les patients qui s'enlisent dans une détresse psychologique de longue durée.

D'après les chiffres INAMI de 2013, entre un tiers et la moitié des nouvelles demandes d'indemnités d'invalidité sont imputables à des troubles mentaux. C'est une hausse de près de 60 % en 10 ans.

Madame la ministre, comment avez-vous accueilli les propositions du KCE, et quelle suite comptez-vous y donner? Est-il exact que vous avez refusé de rencontrer l'Union professionnelle belge des médecins spécialisés en psychiatrie à ce sujet et ce, malgré les demandes réitérées de son président?

Peut-être projetez-vous de rencontrer les représentants de l'ensemble des acteurs concernés, sans oublier

les entités fédérées, puisque le KCE propose - bien logiquement - un modèle de coordination avec les initiatives prises dans leurs propres compétences?

Je m'interroge aussi sur le rôle du médecin généraliste dans ce schéma car si j'ai bien compris, le patient pourrait soit s'adresser directement à un psychologue, soit demander à son généraliste de jouer le rôle du psychologue, ce qui me paraît tout de même curieux. Qu'en pensez-vous?

07.02 Maggie De Block, ministre: Madame Caprasse, j'ai lu le rapport du KCE avec beaucoup d'intérêt comme vous. Il contient en outre de nombreux choix et différentes possibilités sur le plan du contenu. Je ne vais cependant pas détailler le contenu des recommandations, car j'ai déjà répété que ce processus vers le remboursement des soins psychologiques est composé de trois parties.

Premièrement, l'agrément des prestataires de soins en tant que professionnels des soins de santé. Nous allons encore discuter de ce point ce jeudi en séance plénière, car une proposition de loi sur ce sujet y sera débattue.

Deuxièmement vient la conception du modèle d'organisation qui nécessite en effet, comme vous l'avez dit vous-même, une discussion avec les Communautés.

Enfin, nous mènerons une réflexion sur les modalités de remboursement. Comme vous le savez, cette première partie est en cours au sein du gouvernement à l'aide de la loi du 4 avril 2014. Nous y prêtons une attention considérable étant donné que la qualité de soins constitue la base d'un bon modèle d'organisation.

Il va de soi qu'il y aura encore suffisamment de concertation au sujet du modèle d'organisation et des modalités de remboursement avec toutes les parties concernées. Mais il fallait tout d'abord rédiger la loi du 4 avril 2014. C'est ce que l'on a fait; cela nous a demandé beaucoup de concertation. Maintenant, nous continuons.

07.03 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, avez-vous bien rencontré l'Union professionnelle belge des médecins spécialisés en psychiatrie à ce sujet? J'ai eu des échos selon lesquels tous les acteurs n'ont pas été consultés.

07.04 Maggie De Block, ministre: Tous les demandeurs de rendez-vous au cabinet seront vus, maintenant ou un peu plus tard selon notre agenda. Nous ne voulons pas travailler de façon chaotique. Mon cabinet ne compte pas cent membres. Il y a des cellules. Deux ou trois équivalents temps plein travaillent sur les soins de santé mentale. Ils ont des réunions, des concertations et s'occupent de leur agenda. Quand c'est nécessaire, quiconque demande un rendez-vous est reçu. Et il y a beaucoup de monde! Si vous voulez venir voir cela à mon cabinet, venez et vous verrez. Cela n'a pas toujours été le cas. Tout le monde est entendu. Nous ne sommes pas d'accord avec tout le monde, mais tout le monde est entendu quand il le demande, et pas le jour d'après.

07.05 Véronique Caprasse (DéFI): J'entends qu'il y a quand même des personnes qui n'ont pas été entendues. Quand la loi sera votée, il sera peut-être trop tard pour certaines associations de pouvoir donner leur feed-back.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Samengevoegde vragen van

- de heer Jan Spooren aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taalproblematiek bij hulpverlening in de Druivenstreek" (nr. 11075)

- de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taalproblematiek bij medische spoedinterventies in Rekkem" (nr. 11140)

08 Questions jointes de

- M. Jan Spooren à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes linguistiques lors de secours dans la Druivenstreek" (n° 11075)

- M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes linguistiques lors des interventions de médecine d'urgence à Rekkem" (n° 11140)

De **voorzitter**: De heer Spooren is afwezig.

08.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, de gemeente Rekkem ligt aan de taalgrens en hierdoor is die gemeente vandaag aangewezen op het urgentieteam van buurgemeente Moeskroen. Het uitgangspunt bij medische spoedhulpverlening is simpel en tegelijk logisch: het principe van de snelste adequate hulp schrijft voor dat de dichtstbijzijnde MUG moet uitrukken. Daar is op zichzelf niks mis mee, maar op en rond een taalgrens blijkt dat in de realiteit voor verwarrende en gevaarlijke toestanden te zorgen: MUG's rijden vaak naar verkeerde plaatsen en het medisch personeel slaagt er soms niet in fatsoenlijk te communiceren met de slachtoffers. Hier zijn taalproblemen dus af en toe wel een kwestie van leven en dood.

De huidige regering heeft daaraan gelukkig aandacht gegeven en in het hoofdstuk Brandweer en Civiele Bescherming werd uitdrukkelijk geschreven "dat de federale regering ervoor zal zorgen dat er in de zones rond de taalgrens en in Brussel steeds een personeelslid van de hulpdienst de andere landstaal begrijpt en spreekt".

Uw kabinet raadde reeds aan dat de provincie West-Vlaanderen nu al een aanvraag zou doen bij de Provinciale Commissie Dringende Geneeskundige Hulpverlening voor een uitzondering op het algoritme dat er nu voor zorgt dat ploegen uit Moeskroen moeten komen, tot er een definitieve oplossing is vanuit de federale overheid.

Op de vergadering van de Provinciale Commissie zegt men echter dat de Provinciale Commissie als orgaan niet bevoegd is voor het behandelen van zaken gelinkt aan enige taalproblematiek. Zij is enkel bevoegd voor de eigenlijke dringende hulpverlening volgens hetgeen de wet voorschrijft: zij moet ervoor zorgen dat steeds de snelste adequate hulp wordt uitgestuurd, onafhankelijk van waar die komt, zelfs vanuit Frankrijk. Voor het taalaspect wordt naar de federale overheid verwezen. De provincie kaatst dus de bal terug. Ze wil het algoritme niet aanpassen en zegt dat de taalproblematiek haar bevoegdheid niet is.

Ten eerste, wat is uw mening over het negatieve antwoord van de provincie? Hoe zult u hierop reageren?

Ten tweede, wat bent u zelf van plan te doen om de problematiek van de bezetting op te lossen, een problematiek die niet exclusief in de gemeente Rekkem speelt, maar zoals collega Spooren aangeeft, ook bij hem in de regio? Wat zult u doen om het probleem in de faciliteitengemeenten op te lossen?

08.02 Minister Maggie De Block: In februari en maart 2016 werden 182 interventies met patiëntenvervoer uitgevoerd door de ziekenwagens en de MUG van de UCL in Vlaanderen. In 75 % van die interventies werden de patiënten naar de UCL overgebracht. De tienminutenuitzonderingsregel werd niet alleen gebruikt om patiënten naar Gasthuisberg over te brengen, maar ook naar het Heilig Hart Leuven en het AZ Jan Portaels in Vilvoorde.

Bovendien werd de afwijkingsregel niet alleen gebruikt om naar Vlaamse ziekenhuizen te rijden, maar ook naar andere ziekenhuizen in Brussel en Wallonië, zoals Sint-Pieter in Ottignies, het Iris Zuid in Elsene of het Europaziekenhuis in Ukkel.

Ten gronde werd de problematiek die u aanhaalt, door de regering geïdentificeerd als een werkpunt en in het regeerakkoord opgenomen.

In mijn beleid staan keuzevrijheid, toegankelijkheid en kwaliteitsgeneeskunde altijd centraal. Alleen is de dringende geneeskundige hulpverlening nu net een setting waarin de risico-inschatting van bepaalde situaties maakt dat er voorrang dient te worden gegeven aan de snelheid en de adequaatheid van de hulpverlening zonder in te boeten aan kwaliteit, terwijl de keuzevrijheid toch een beetje van ondergeschikt belang wordt geoordeeld.

Het is niet mogelijk gebleken om de taalproblematiek als een losstaand element van de hulpverlening te isoleren. In de algehele aanpak van de niet-planbare zorg en de actualisering van de regelgeving, de financiering en de programmatie van de dringende geneeskundige hulpverlening en de actualisatie van de 112-centra wordt dat punt echter wel meegenomen.

De taalproblematiek start al van bij de noodoproep en eindigt bij de opvang bij een wachtpost of op een spoedgevallendienst. Daarmee moeten wij rekening houden.

Gesterkt door de adviezen van de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening werk ik samen met mijn administratie en die van de minister van Binnenlandse Zaken aan een onderbouwd plan van aanpak voor de gehele keten van niet-planbare zorg.

Een gefractioneerd probleem daarvan aanpakken zou niet tot een duurzame oplossing leiden, noch voor de niet-planbare zorg, noch voor de burger. Ik neem gewoon akte van het antwoord van de Provinciale Geneeskundige Commissie.

08.03 Jan Vercammen (N-VA): Dank u wel, mevrouw de minister, dat volstaat. Ik meen dat u het antwoord voor collega Spooren hebt voorgelezen.

08.04 Minister Maggie De Block: Een stuk. Een en ander hangt toch wel samen.

08.05 Jan Vercammen (N-VA): Absoluut. Geen probleem. Dank u wel.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maîtrise du coût des traitements contre le cancer" (n° 11085)**

- **Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les prix des médicaments contre le cancer" (n° 11334)**

09 Samengevoegde vragen van

- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostenbeheersing bij kankerbehandelingen" (nr. 11085)**

- **mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijzen van kankergeneesmiddelen" (nr. 11334)**

09.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai déjà interpellée au sujet du coût souvent prohibitif des traitements anticancéreux. À cette occasion, vous m'aviez indiqué que, par le biais d'un contrat entre l'INAMI et les entreprises pharmaceutiques, il était possible d'augmenter le nombre d'accès aux traitements tout en diminuant le coût pour l'assurance santé. Tel est d'ailleurs l'objectif des accords que vous avez signés avec les représentants de l'industrie pharmaceutique.

En France, pour lutter contre ces prix, 110 oncologues français ont signé une pétition demandant l'instauration d'un juste prix afin de permettre un accès équitable de tous les patients aux nouveaux traitements tout en assurant le maintien d'un système de santé solidaire. Leurs arguments se fondent sur un écart disproportionné entre le coût de la recherche et du développement des nouvelles molécules, nouvelles molécules visant des cibles définies a priori, à partir de la recherche publique, et bénéficiant d'autorisations de mise sur le marché, et donc un retour sur investissement très rapide.

Ces oncologues demandent donc la définition d'un juste prix basé sur les sommes investies par les industriels pour la recherche et développement du produit et d'un retour sur investissement raisonnable par un système d'arbitrage plus démocratique et transparent associant représentants des patients et des professionnels. Ils demandent aussi la fin des extensions de durée des brevets, au vu de la rapidité de développement des nouvelles thérapies qui viennent s'ajouter ou se substituer aux molécules plus anciennes.

Madame la ministre, cet appel qui semble aller bien au delà des limites hexagonales et s'adresser aux instances internationales, notamment pour ce qui est de l'égalité d'accès aux nouveaux traitements pour les patients de pays en développement, rejoint les objectifs de votre pacte avec l'industrie pharmaceutique. Une approche commune semble nécessaire, comme vous l'avez d'ailleurs évoqué lors de la présentation de votre accord, dans la mesure où les laboratoires pharmaceutiques ont une clientèle internationale.

Madame la ministre, avez-vous eu des contacts avec les signataires de cette pétition pour échanger sur votre action qui pourrait être encore renforcée et légitimée par le soutien de spécialistes du cancer d'un grand pays voisin très en pointe lui aussi dans la lutte contre cette maladie? Comptez-vous défendre cette lecture au sein des instances européennes et mondiales en vous appuyant sur le soutien actif du corps médical belge et français notamment, mais aussi d'autres grands pays en pointe dans la lutte contre le

cancer?

09.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, l'escalade des prix des traitements innovants, en particulier dans le domaine de l'oncologie, fait bien entendu partie de mes préoccupations. Nous sommes confrontés à un défi majeur: pouvoir offrir au plus grand nombre l'accès à des traitements de plus en plus performants et de plus en plus chers, tout en maintenant la pérennité de notre système de sécurité social basé sur la solidarité.

La prise de conscience de la problématique est maintenant mondiale. Seule une approche à la fois nationale et internationale permet de dégager des solutions assurant la maîtrise des coûts.

Au niveau national, j'ai mis en œuvre plusieurs actions destinées à maîtriser les coûts et à dégager les moyens supplémentaires afin qu'un plus grand nombre de patients puisse accéder aux thérapies innovantes, entre autres contre le cancer. En effet, grâce à l'utilisation de l'article 81 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 relatif au remboursement des médicaments et à la signature de conventions temporaires individuelles de plus en plus souvent axées sur le résultat pour le patient, des baisses de coûts substantielles sont obtenues ainsi qu'une meilleure maîtrise et prédictibilité des dépenses pendant la durée de ces conventions.

En outre, grâce à différentes mesures résultant du pacte d'avenir signé avec le secteur pharmaceutique, en moyenne 350 millions d'euros par an sont disponibles pour le remboursement des produits novateurs pour les trois années à venir. Il s'agit notamment des économies faites dans le domaine des produits hors brevet. Par ailleurs, l'allocation d'un budget destiné à la conduite d'études financées par l'État sous l'égide du KCE nous permettra de mieux utiliser les budgets disponibles en soins de santé. Il s'agit, entre autres, de comparaisons directes permettant d'identifier les meilleures options thérapeutiques disponibles ou d'études robustes destinées à définir la durée optimale des nouveaux traitements oncologiques. Ainsi, des économies pourront être faites non seulement en réduisant les dépenses liées à la prise en charge d'éventuels effets secondaires mais aussi grâce à une réduction directe des dépenses liées à ces médicaments.

Une meilleure identification des patients susceptibles de répondre à des traitements oncologiques de plus en plus ciblés et personnalisés participe également à la maîtrise des dépenses ou au dégagement d'un financement pour un nombre accru de patients.

Sur le plan international, vous savez que nous avons conclu un accord avec les Pays-Bas et le Luxembourg concernant les médicaments innovants et surtout pour les médicaments orphelins. La semaine passée, l'Autriche nous a rejoints. D'autres États membres européens sont également intéressés.

Bovendien neemt België via het Kenniscentrum, het RIZIV, het FAGG en de vertegenwoordiger op Europees niveau deel aan verschillende Europese initiatieven voor een betere controle op kankergeneesmiddelen en een snellere en gemakkelijkere toegang tot nieuwe behandelingen voor patiënten.

Er lopen ook enkele acties waaraan België actief meewerkt met het oog op een betere Europese regelgeving en het vermijden van bepaalde fouten.

En ce qui concerne l'initiative des oncologues français, je ne peux que partager les objectifs repris dans cette pétition, à savoir l'instauration d'un juste prix basé sur les investissements réellement consentis en recherche et développement par l'industrie et sur un retour sur investissement raisonnable afin de permettre un accès équitable de tous les patients aux nouveaux traitements, tout en assurant le maintien d'un système de santé solidaire.

09.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Je suis déjà satisfait des accords conclus avec le Luxembourg, les Pays-Bas et l'Autriche. Je suis aussi content que vous soyez en adéquation avec les oncologues français. Je rêve pour vous d'une projection sur le plan international. C'est parce que je vous trouve beaucoup plus performante que Marisol Touraine, la ministre française de la Santé, que je me permets de faire cette proposition d'élargissement de ces accords.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur

"les essais thérapeutiques contre le VHC en Égypte et en Asie" (n° 11088)

10 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de klinische trials tegen het hepatitis C-virus in Egypte en Azië" (nr. 11088)

10.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le congrès international sur le foie qui s'est tenu à Barcelone entre les 13 et 14 avril 2016 a, une fois encore, été l'occasion pour plusieurs ONG, dont Médecins du Monde et Treatment Action Group de protester contre le prix exorbitant des traitements contre le VHC, alors que cette maladie touche 150 millions de personnes dans le monde et fait 700 000 morts par an.

Pour faire face à ce coût insoutenable pour les pays à revenu intermédiaire, des solutions alternatives sont mises en place. Un essai clinique en Égypte, pays où 18 % de la population sont porteurs du VHC, essentiellement de génotype 4, un traitement combinant le ravidasvir et le sofosbuvir a rencontré une réponse à 100 %. Cet été, un essai clinique en Malaisie et Thaïlande va tenter d'évaluer la dose optimale, les éventuels effets secondaires et l'efficacité de cette combinaison thérapeutique sur les autres génotypes notamment 3 et 6 qui prévalent en Asie. Si les essais en question sont porteurs d'espoir sur le plan médical, ils posent plusieurs questions.

Le coût de 300 \$ pour ce traitement pose à nouveau la question de savoir comment éviter le risque de voir les patients de ces pays bénéficiant de ces traitements innovants les vendre à des patients européens ne rentrant pas dans les critères restrictifs qui conditionnent l'octroi de ces molécules, compte tenu de leur prix prohibitif, dans les pays "riches". Ce risque est d'autant plus grand que le nombre de cas de patients porteurs du VHC, notamment de génotype 4, est en augmentation.

Par ailleurs, ces protocoles, fruits d'un partenariat public-privé avec la firme qui détient la licence du ravidasvir, Presidio Pharmaceuticals, utilisent le sofosbuvir dont la licence appartient à Gilead, sans son accord. En cas de réponse positive des traitements expérimentés, les États qui voudront les mettre en œuvre devront donc soit émettre une licence obligatoire sur le sofosbuvir, soit décréter un "usage gouvernemental" qui autorise un État à utiliser une invention dans le domaine public. Pour Gilead qui propose de son côté, dans les pays à revenu intermédiaire, le sofosbuvir au prix de 900 \$, cela se traduira nécessairement par un manque à gagner.

Madame la ministre, vous avez signé des accords en 2015 avec l'industrie pharmaceutique afin de permettre un accès accru des patients aux traitements innovants, tout en préservant la soutenabilité de notre système de santé et en permettant, par une plus grande sécurité et prévisibilité budgétaire, au secteur pharmaceutique de mieux planifier sa recherche et son développement.

Pour mener à bien cet objectif, vous avez mis en place un groupe de travail sur les prix d'achat des médicaments, dont les conclusions sont attendues pour ce mois-ci afin que les prix soient calculés en toute transparence en prenant en compte les investissements dans la recherche et le coût de production. Il semblerait que ce soit la bonne réponse au thème qui nous occupe.

Lors de la conclusion de cet accord, vous avez annoncé votre volonté de vous concerter avec vos homologues européens pour aboutir à une approche commune. Quelles ont été leurs réponses? Envisagez-vous d'aborder ce point avec des instances internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé?

Que pensez-vous d'une rémunération des laboratoires pharmaceutiques par un fonds commun géré par l'OMS pour ce qui est des médicaments innovants qui constituent une réponse à des pathologies aussi répandues que le VHC ou qui permettent de soigner des maladies orphelines dont le nombre de cas par pays est faible? Que pensez-vous d'une fixation du prix des médicaments à l'échelle internationale?

10.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, comme vous le dites très justement, mon homologue néerlandaise et moi-même avons demandé au KCE et au Zorginstituut Nederland d'examiner plusieurs nouvelles pistes qui peuvent fournir une réponse aux défis soulevés par la croissance des coûts des nouvelles thérapies médicamenteuses. Je suis parfaitement consciente que ce problème n'est ni exclusivement belge ni même uniquement européen. Les solutions doivent être trouvées par plusieurs pays en fonction de leurs problèmes respectifs et de leur singularité.

Il est bien dans mes intentions de communiquer les résultats de notre étude à mes homologues et de les partager avec eux sur les forums et les plates-formes les mieux indiquées.

Des discussions sont en cours au sujet des prix élevés des médicaments dans des réseaux européens, mais aussi au sein de l'OCDE, voire au niveau des Nations unies. Les points pertinents de notre étude seront donc mis à la disposition d'autres pays.

Il ne me semble pas très sage d'avancer sur des conclusions et sur les scénarii possibles comme celui d'un fonds OMS global. Cette piste doit en effet être examinée profondément, les avantages et inconvénients pesés et les risques calculés. On doit veiller à ce que les budgets prédéfinis, réservés et, par définition, restreints ne ferment pas, en fait, la porte à d'autres patients vulnérables dont les besoins médicaux ne seraient pas rencontrés.

En Europe, nous connaissons depuis des années les arguments de l'industrie pharmaceutique concernant les prix planchers européens et l'importance de cet aspect pour l'importation parallèle et les systèmes de prix de référence européens. En réalité, par État membre, on ne négocie pas vraiment sur le prix mais sur le coût final pour le payeur; dans notre cas, l'assurance maladie.

Je suis également convaincue qu'une collaboration internationale renforcée peut ouvrir des opportunités. Plus de collaboration induit un regroupement d'informations, de connaissances et d'expertises mais aussi l'augmentation de la transparence dans la procédure décisionnelle et le renforcement des positions de négociation avec les firmes. Tous ces éléments ne peuvent que bénéficier aux patients. La collaboration avec les Pays-bas, le Luxembourg et l'Autriche s'inscrit totalement dans cette approche stratégique.

10.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, si vous étiez luxembourgeoise, je dirais que vous avez l'habitude d'une ardeur d'avance. Comme je sais que vous aimez défricher des terrains neufs, c'est dans ce sens qu'allait ma question. Mais je me rends compte que les éléments que je donne seront davantage le fruit d'efforts et de recherches de votre part et celle de vos collègues.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 11134 de Mme Hufkens est transformée en question écrite.

11 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contrôle des implants et prothèses" (n° 11161)

11 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de controle van implantaten en prothesen" (nr. 11161)

11.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous interrogeais récemment au sujet d'incidents précis survenus dans le cadre de poses d'implants mammaires et de prothèses de hanche. En mars 2012, la députée Maya Detiège interrogeait votre prédécesseur, Mme Onkelinx, par rapport aux contrôles menés sur les implants et les prothèses de manière générale.

Celle-ci plaidait pour une réglementation plus stricte au niveau européen et une surveillance plus efficace au niveau budget quant à la qualité des produits. Mme Onkelinx avait répondu qu'il n'existait aucun registre exhaustif des implants. La ministre parlait de "chantier" dans le domaine et attendait des résultats de la part de l'AFMPS et de l'INAMI en ce sens.

Madame la ministre, pouvez-vous me dire ce qui a été fait depuis lors pour améliorer la situation? Est-ce que le contrôle systématique a été renforcé? Que reste-t-il encore à mettre en place pour éviter au maximum que des patients soient victimes de produits défectueux ou entraînant des effets indésirables sur leur santé?

11.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, suite à la crise des implants mammaires fabriqués frauduleusement par la firme PIP, un certain nombre d'initiatives pour renforcer la sécurité des dispositifs médicaux implantables ont été initiées tant au niveau européen que belge.

On peut en particulier citer les actions suivantes. Au niveau européen, la surveillance des dispositifs médicaux, dont les implants, va être renforcée avec l'adoption prochaine d'un nouveau règlement européen. Cette nouvelle réglementation permettra d'harmoniser davantage la surveillance de ces produits entre les différents États membres. Elle imposera des exigences plus restrictives au niveau de la phase avant mise sur le marché par rapport à la phase après mise sur le marché, ça veut dire les vigilances et surveillances

post market.

J'estime nécessaire qu'un accord soit conclu dans les prochaines semaines afin de débiter l'implémentation des multiples évolutions reprises dans le projet de règlement.

Au niveau belge, la mise en place d'un registre central de traçabilité des implants a été initiée afin de permettre un meilleur suivi, en cas d'incident, par le biais de cet outil complémentaire.

Cependant, il s'est avéré nécessaire de réaliser certaines adaptations techniques afin de garantir la cohérence avec le plan e-Santé.

De plus, l'harmonisation de la codification unique des implants prévue dans le projet de règlement européen est nécessaire pour la cohérence du système. Dans l'attente de ces adaptations, l'AFMPS continue l'utilisation des outils existants de matériovigilance. Il s'agit notamment du réseau de points de contacts matériovigilance et chaque institution de soins et distributeur belge a pu désigner un point de contact, afin de faciliter la communication entre l'AFMPS et les institutions/distributeurs.

En matière d'inspection, les contrôles réalisés sur le terrain tout au long des processus de mise sur le marché des dispositifs médicaux ont été largement renforcés et des inspections sont réalisées au niveau des essais cliniques et aussi de la fabrication, de l'import, de la distribution et de leur délivrance.

Les plannings d'inspection sont établis en fonction d'une analyse de risques, afin de poursuivre l'optimisation des contrôles par l'AFMPS de ce secteur bien spécifique. Une évolution de la méthodologie de contrôle est actuellement en préparation. Cette nouvelle méthodologie de contrôle dans le concept et discutée avec le secteur permet une meilleure implication et une plus grande responsabilisation de ce secteur dans son ensemble.

11.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse très complète.

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

12 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'héroïne" (n° 11163)

12 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "heroïne" (nr. 11163)

12.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'utilisation de l'héroïne explose actuellement aux États-Unis, à tel point que le sujet est devenu un enjeu de santé publique qui s'inscrit dans la campagne présidentielle. Beaucoup se servent de l'héroïne comme antidouleur. Elle est moins chère que des analgésiques classiques et étant illégale, on peut se la procurer sans prescription médicale. C'est paradoxal mais c'est ainsi.

Sa consommation y a augmenté de 150 % en six ans et les décès provoqués par celle-ci ont augmenté de 225 % depuis 2011. Pour mettre un frein à l'ampleur de ce phénomène, outre le contrôle des frontières et la lutte contre les cartels mexicains, le traitement médicalement assisté pour aider les toxicomanes à sortir de leur dépendance est régulièrement cité comme une option dans la presse. C'est en ce sens que l'administration Obama a annoncé un assouplissement de la réglementation sur la prescription par les médecins d'un traitement médicamenteux à base de buprénorphine.

Par ailleurs, le chimiste Kim Janda a créé ce qui semblerait être le vaccin le plus prometteur contre l'addiction à l'héroïne. Malheureusement, ce vaccin n'a jusqu'à présent pu trouver de financements pour les tests cliniques qu'il nécessite.

Madame la ministre, pouvez-vous faire l'état de la consommation d'héroïne en Belgique? Je sais notamment qu'on fait des analyses par le biais de ce qu'on découvre dans les égouts, ce qui permet de constater qu'Anvers est la ville la plus droguée de Belgique. Cela n'a rien à voir avec le président de la N-VA évidemment!

Peut-on parler de grande expansion, comme c'est le cas aux États-Unis? Est-il possible de chiffrer le nombre de consommateurs et de dépendants? Peut-on observer le même phénomène de glissement des antidouleurs prescrits de manière légale vers l'héroïne, en Belgique? Comment les dépendants à l'héroïne sont-ils pris en charge? Quelle est votre position sur le traitement assisté par diacétylmorphine? Quel est votre avis concernant les recherches de vaccins? Qu'est-ce qui explique, selon vous, que personne ne veuille prendre en charge le financement des tests du vaccin du professeur Janda?

12.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, l'enquête de santé de l'Institut scientifique de Santé publique de 2013, réalisée auprès de personnes entre 15 et 64 ans, montre que 0,2 % des personnes interviewées ont consommé de l'héroïne ou un produit de substitution au cours de l'année qui précède l'interview. Les résultats restent stables dans le temps et ne semblent donc pas être en expansion, comme constaté aux États-Unis.

Sur la base des données du Registre Treatment Demand Indicator, qui réunit toutes les données concernant les personnes qui font une demande de traitement pour un problème de drogue, en 2014, 3 079 personnes étaient en traitement pour usage problématique d'opiacés. Là non plus, nous n'observons pas une augmentation du nombre de demandes de traitement.

Nous ne disposons pas de données pour pouvoir tirer des conclusions concernant un glissement éventuel des antidouleurs prescrits légalement vers l'héroïne. Il semble peu probable qu'on observe un tel glissement, car il est difficile de penser que les patients en traitement pour la douleur sous prescription remboursée fassent le pas vers l'héroïne de rue, qui est une substance non contrôlée, beaucoup plus chère et qui entraîne une grande dépendance.

Les personnes dépendantes à l'héroïne peuvent suivre en Belgique un traitement de substitution à base de méthadone ou de buprénorphine combiné à un accompagnement psychosocial.

L'objectif des traitements de substitution est d'aider les toxicomanes à diminuer, voire à arrêter leur consommation d'héroïne. Ce type de traitement permet, chez le groupe cible, d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie, en limitant les dommages liés à la consommation d'héroïne. Sur la base des données de PharmaNet, 17 026 personnes ont reçu un traitement à la méthadone ou à base de buprénorphine en 2014.

La prise en charge ambulatoire des usagers de drogue est de la compétence des Régions. L'autorité fédérale est compétente pour l'aspect légal de la prescription, la délivrance du médicament et éventuellement son remboursement et le remboursement des consultations médicales. Dans le cas où la poursuite d'un traitement à base de diacétylmorphine serait envisagée, je souhaiterais mettre l'accent sur la nécessité et la priorité d'un encadrement solide des traitements de substitution classiques.

De plus, si le projet devait être poursuivi, il faudra veiller à une réflexion et une décision globales qui tiendraient compte des compétences importantes des entités fédérées en la matière mais également des caractéristiques et capacités des offres de soins existantes pour ce groupe cible.

Selon plusieurs articles récents, un vaccin développé aux États-Unis est actuellement testé sur des animaux et se trouve donc dans la phase de développement non clinique. Comme tout autre médicament, le développement d'un vaccin thérapeutique dépend de multiples facteurs, par exemple le besoin d'un nouveau traitement en termes de santé publique vis-à-vis des traitements existants comme la méthadone, l'évidence scientifique obtenue par des études non cliniques et cliniques quant à l'efficacité et la sécurité du vaccin proposé et les moyens financiers disponibles pour son développement et son enregistrement.

Bien que le vaccin du chimiste Kim Janda soit décrit comme prometteur sur base des essais non cliniques, les informations dont nous disposons actuellement ne permettent toutefois pas de déterminer si le vaccin respecte les conditions requises pour commencer une étude clinique.

Il faut progresser dans les recherches. Elles sont prometteuses mais ne sont pas encore assez poussées pour pouvoir nous convaincre d'entamer une étude clinique. Il faut être prudent avec les études cliniques. En effet, des décès sont à déplorer en France et en Serbie.

12.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse fouillée. Vous avez souligné un élément qui concourt à éviter une augmentation de la consommation d'héroïne, augmentation constatée aux États-Unis, c'est le fait que les antidouleurs chez nous sont remboursés alors

qu'ils le sont nettement moins aux États-Unis, ce qui est finalement une "incitation" à la consommation d'héroïne.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'orthokératologie" (n° 11164)

13 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "orthokeratologie" (nr. 11164)

13.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, la myopie faible ou moyenne ainsi que l'astigmatisme peuvent être corrigés au moyen de lentilles de nuit. C'est l'orthokératologie. Il s'agit de lentilles fabriquées sur mesure à partir d'une topographie de l'œil. Portées durant le sommeil, elles compriment légèrement la cornée afin de la remodeler. La vue n'a alors plus besoin de correction pendant la journée. Chez l'enfant, le port de telles lentilles pourrait même ralentir la progression de la myopie.

Cette discipline n'est pas nouvelle puisqu'elle est apparue dans les années 60. Pourtant, elle n'est pas très répandue en Belgique et les spécialistes qui la pratiquent restent rares malgré les avancées technologiques en la matière. Il semblerait même que les avis soient divergents, certains remettant en cause son utilité.

Cette technique présente pourtant de nombreux avantages. Elle est totalement réversible. Elle est pratique, principalement pour les personnes qui peuvent difficilement porter des lunettes ou des lentilles la journée. Je pense ici à certains professionnels, aux sportifs ou à certaines personnes qui tiennent à leur look. Elle peut aussi corriger plusieurs défauts visuels en même temps. Les seules contraintes semblent être le prix (350 à 450 euros par an), des conditions d'hygiène strictes, un suivi rapproché, principalement lors des six premiers mois et quelques rares contre-indications.

Madame la ministre, que peut-on dire aujourd'hui sur cette méthode? A-t-on du recul par rapport à ses résultats? Est-ce vraiment sans risque? Et si oui, comment expliquer que l'orthokératologie reste marginale? Encourageriez-vous cette méthode? Existe-t-il une liste des spécialistes agréés? Faut-il une autorisation particulière pour exercer?

Pourrait-on imaginer à terme qu'une partie du coût soit remboursée par la sécurité sociale?

13.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, en ce qui concerne l'orthokératologie, les avis sont divergents. Certaines remettent en cause son efficacité. Dans les différents organes de l'INAMI, il n'y a pas encore eu de demandes ni de propositions visant à rembourser cette technique. L'ophtalmologue dispose de la liberté thérapeutique et pourra prescrire des lentilles de nuit si elles lui semblent indiquées et scientifiquement soutenues. Le cas échéant, le prestataire doit impérativement avertir le patient du coût à sa charge car, en effet, il n'y a pas de remboursement pour ce type de lentilles.

13.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, la question reste ouverte, comme votre réponse l'insinue. Nous aviserons ultérieurement. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gedachtewisseling met betrekking tot de CTG" (nr. 11179)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervormingen van de CTG" (nr. 11842)

14 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'échange de vues à propos de la CRM" (n° 11179)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réformes de la CRM" (n° 11842)

14.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is blijkbaar een hervorming van de CTG op til. Ik vroeg mij af of die discussie nog altijd aan de gang is. Wie is daarbij betrokken? Wanneer wordt er een resultaat verwacht? Welke zaken worden er precies aangepakt bij die hervorming? Heel concreet, voorziet u bij de geplande hervorming ook in de inperking van de mogelijkheid om af te wijken van het advies van de CTG om in de toekomst toestanden zoals wij die hebben gekend in het Solirisdossier te vermijden?

Mijn beide vragen zijn eigenlijk dezelfde. Bent u in het algemeen bereid om voordat het KB hierover definitief wordt gepubliceerd een gedachtewisseling met het Parlement te houden? Ik heb in de Benelux-Raad vernomen dat bijvoorbeeld onze Nederlandse collega's nauw bij de CTG-procedure worden betrokken. Daar gebeurt de bekrachtiging niet via de minister, maar is er eerst nog de tussenweg van het Parlement om de transparantie te verhogen. Op het vlak van de terugbetaling van geneesmiddelen hebben wij ook hier nog veel werk aan de winkel. Ik meen dat zo'n gedachtewisseling, waarbij wij betrokken worden bij de uitwerking van de besluitvorming rond de terugbetaling van geneesmiddelen, een belangrijke stap is.

14.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, u weet dat ik thematische vergaderingen prefereer boven het hier beantwoorden van de ene vraag na de andere. Natuurlijk is er ook het recht om vragen te stellen en ik pas mij dus aan. Uiteraard ben ik bereid om hier te komen toelichten hoe wij de hervorming van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen zien. Volgens mij kan dit passen binnen de tweede gedachtewisseling over het pact met de farmaceutische industrie. Zoals u weet, is dat pact gesloten om te zorgen voor een snellere en duurzame toegang tot innovatieve geneesmiddelen met een gerechtvaardigde kostprijs voor het Belgische systeem van gezondheidszorg en voor de onderneming. De hervorming van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen moet dan ook in deze optiek worden gezien. Ik meen dus dat dit thema daar wel in past.

Met het oog op een snellere toegang tot innovatieve geneesmiddelen en een administratieve vereenvoudiging, zowel voor de administratie van het RIZIV als voor de bedrijven en de CTG, wordt onderzocht hoe de dossiersamenstelling en –behandeling in overeenstemming kan worden gebracht met de noodzaak van een evaluatie.

Indien een geneesmiddel bijvoorbeeld reeds vergoedbaar is voor een bepaalde indicatie, moet een volgende geneesmiddelaanvraag in een aantal gevallen de evaluatie betreffende de therapeutische waarde en plaats in de medische praktijk niet meer ondergaan. Er worden eenduidige, non-discriminatoire en vooraf gekende regels opgesteld ter bepaling van de vergoedingsbasis bij de inschrijving in de terugbetaling voor de geneesmiddelenverpakkingen die de evaluatie betreffende de therapeutische waarde en plaats in de medische praktijk niet meer moeten ondergaan. Daarnaast wordt ook de mogelijkheid onderzocht om administratieve procedures voor parallelle invoer te beperken.

Recent nog hebben wij de beslissing genomen door middel van de wet houdende diverse bepalingen om een *short track* te maken voor pediatrische indicaties. Als er pediatrische indicaties zijn en de terugbetaling heeft de hele weg afgelegd voor de volwassen geneesmiddelen, dan laten wij de CTG voor de pediatrische indicaties niet heel het werk herhalen, maar komen wij vlugger tot een terugbetaling. Dat past allemaal in het kader van de uitvoering van het pact. Ik stel voor, mevrouw de voorzitter, om dat mee te nemen in de bespreking van de stand van zaken van de uitvoering van het toekomstpact.

14.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat lijkt mij prima, mevrouw de minister. Waarvoor dank.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 11213 de Mme De Coninck est reportée. La question n° 12234 de M. Calvo est transformée en question écrite.

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hoge prijzen voor borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 11320)

- mevrouw An Capoen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging van het overleg over borstreconstructie" (nr. 11572)

15 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° 11320)

- Mme An Capoen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi de la concertation relative à la reconstruction mammaire" (n° 11572)

15.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik breng de problematiek nog even heel snel in herinnering, ook al kennen de meesten onder ons die wel.

Dames die na een borstamputatie hun borsten willen laten reconstrueren met eigen weefsel, betalen voor zo'n ingreep ongeveer 2 620 euro. Dat blijkt uit een enquête van Kom Op Tegen Kanker. Dat bedrag komt eigenlijk boven op de 1 527 euro, die het RIZIV per operatie betaalt aan de chirurgen. In sommige gevallen loopt die opleg trouwens op tot 4 000 euro.

Artsen zijn van mening dat het bedrag dat het RIZIV betaalt onvoldoende is en daarom worden er esthetische supplementen aangerekend die de patiënten niet kunnen terugvorderen. Het KCE heeft nu becijferd dat de meest voorkomende borstreconstructies met eigen weefsel tussen de 1 125 euro en 2 584 euro kosten. Het bedrag van het RIZIV ligt daar ongeveer tussenin, maar toch rekenen artsen veel meer aan dan wat het KCE als redelijk beschouwt. Bij de becijfering van de kosten van die operaties is het KCE zeker niet met de natte vinger te werk gegaan. Zowel de handelingen in de operatiezaal, de uurlonen als de nodige mankracht werden mee verrekend.

Dat hieraan iets moet worden gedaan, daarover zijn we het volgens mij allemaal eens. Mevrouw de minister, u hebt, zeer terecht, een bedrag in de begroting gezet om deze problematiek op te lossen, maar de onderhandelingen met de chirurgen daarover verlopen bijzonder moeilijk.

Begin februari hebben de vrouwenorganisaties VIVA-SVV en zij-kant nog actie gevoerd aan uw kabinet, met de vraag om deze gesprekken zelf in handen te nemen, op tafel te kloppen en een oplossing te eisen. We zijn nu ondertussen juni en vorige week heeft een overleg tussen de chirurgen en de ziekenfondsen opnieuw niets opgeleverd.

Wij waarderen het enorm dat u het overleg een kans geeft, maar wij vinden dat het lang genoeg heeft geduurd. Wij menen dat u de zaak in eigen hand moet nemen.

Mijn vragen zijn heel eenvoudig. Wat zult u doen na dit mislukte overleg van vorige week? Is er volgens u een oplossing in zicht? Zult u de dingen zelf in handen nemen? Welke timing zult u hanteren?

15.02 An Capoen (N-VA): Mevrouw de minister, het zal u niet verwonderen dat ik niet volledig akkoord ga met wat mevrouw Jiroflée zegt.

De vraag is ondertussen al een beetje achterhaald, want de onderhandelingen zitten niet meer in de fase van chirurgen en ziekenfondsen, maar bij de Medicomut, die nu aan de gang is en die op 4 juli met een akkoord zou moeten landen.

Het voorstel dat op tafel ligt, is niet helemaal hetzelfde als het voorstel dat er eerder was tussen de ziekenfondsen en de chirurgen. Zelfs het voorstel dat nu op tafel ligt en dat ik heb kunnen inkijken, is min of meer aanvaardbaar voor alle partijen, in die zin dat in een verhoging van het ereloon van de chirurgen is voorzien, waardoor ongeoorloofde supplementen kunnen verdwijnen. Daar kunnen de patiënten alleen maar wel bij varen. Hierdoor komt er ook een toegenomen transparantie over de rekening achteraf.

Helaas, ik heb ook enkele opmerkingen en die bevinden zich in deze tekst op pagina 1. Daar staat dat de chirurgen moeten waarborgen dat ze 40 % van de ingrepen op tweepersoonskamers verzorgen. Op pagina 4 staan de bedragen van 2 500 en 3 500 euro als supplementaire honoraria. Als men dat berekent, komt dat neer op een afkapping van het ereloonsupplement bij een eenpersoonskamer tot 80 of 85 %.

Het verwondert u niet dat ik daar toch enkele bedenkingen bij heb. Daarom had ik ook graag uw visie over dit dossier en dit overleg gekend.

Het enige waarover ik het eens ben met mevrouw Jiroflée, is de vraag wanneer u dit overleg naar u zult toetrekken?

15.03 Minister Maggie De Block: Dank u voor uw vragen, dames Jiroflée en Capoen. De honoraria die het

RIZIV op basis van de nomenclatuur heeft vastgesteld voor een borstreconstructie na borstkanker of een preventieve mastectomie zijn volgens de plastisch chirurgen in de huidige context ontoereikend. Zij vragen dus aan hun patiënten supplementen die, geheel ten onrechte, als esthetisch worden omschreven – zij noemen dat esthetische supplementen – en die bijgevolg zelfs niet door de aanvullende verzekeringen worden terugbetaald. Dat maakt de ingreep voor heel veel vrouwen uiteraard minder toegankelijk. Het is in die optiek dat in het laatste nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen voor 2016-2017 en in de gezondheidszorgbegroting 2016 nogmaals in een bijkomend budget is voorzien voor de herwaardering van de borstreconstructie en de vaststelling van tarieven met een akkoordverklaring.

In het kader van die herwaardering en om een einde te stellen aan de praktijk van de zogenaamde esthetische supplementen worden sinds zeven maanden onderhandelingen gevoerd in het RIZIV, met onder meer de verzekeringsinstellingen en de vertegenwoordigers van de plastisch chirurgen. Ik hoop ten eerste dat er binnenkort een bijzondere overeenkomst tussen het RIZIV en een aantal ziekenhuizen kan worden gesloten om ervoor te zorgen dat er niet langer zogenaamde esthetische supplementen door de chirurgen worden gevraagd, zodat een borstreconstructie in alle omstandigheden voor een groter aantal vrouwen toegankelijk zal worden.

Het is een feit dat het geen zeven gemakkelijke maanden van onderhandeling waren. De posities aan de tafel zijn dan ook zeer moeilijk. U citeert al uitvoerig uit het nieuwe voorstel, mevrouw Capoen. Dat voorstel ligt nog op de tafel van de Medicomut. Ik neem aan dat u daar ook uw bronnen hebt, maar ik heb nog niet vaak meegemaakt dat een voorstel dat nog niet is goedgekeurd uitvoerig, maar ook – er staan nog veel andere zaken in – heel fragmentair wordt geciteerd. Dat is bij dezen genoteerd. Het nieuwe voorstel dat op de tafel ligt, is opnieuw geagendeerd op de Medicomut-vergadering van 4 juli.

U doet wat u wil, maar ik kan en wil niet vooruitlopen op gesprekken en overleg. Wij zeggen altijd dat de resultaten in onze gezondheidszorg er komen door het overlegmodel. Ik zal dus zeker niet vooruitlopen op de gesprekken die in de Medicomut van 4 juli 2016 zullen worden gevoerd.

Zoals u weet, ben ik daar via mijn vertegenwoordigers van het kabinet al heel nauw bij betrokken.

In ieder geval, ik weet dat het om zowat zeven maanden gaat. Er is echter al een hele weg afgelegd. U kunt beide punten van het voorstel eens naast elkaar leggen. Een voorstel is altijd een compromis. Iedereen kan compromissen maken. Wanneer er echter een compromis zal zijn en de supplementen de wereld uit zijn, dan zal dat voor vele vrouwen een goede zaak zijn.

Misschien zullen daarna door de plastisch chirurgen minder grote esthetische supplementen kunnen worden gevraagd. Wij zullen echter wel een hogere terugbetaling doorvoeren. Ik heb daarvoor ook geld uitgetrokken.

Een compromis is altijd wat water bij de wijn doen, zoals in een huwelijk. Sommige dagen is er wat meer water en andere dagen wat meer wijn. Wij zullen echter nog altijd het meeste gebaat zijn met een akkoord.

15.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw Capoen, er zijn inderdaad al teksten. U hebt ze blijkbaar al beter kunnen bestuderen dan ik. Naar wat ik hoor, heb ik echter niet de indruk dat wij erg optimistisch moeten zijn over het feit dat er een akkoord zal komen.

Mevrouw de minister, ik weet wel dat u op de achtergrond altijd bij het dossier betrokken was. Alleen wijst u er zelf op dat zeven maanden verschrikkelijk lang is.

Ik herhaal, ik heb niet de indruk dat de landing is ingezet. Indien dat wel het geval zal zijn, zal ik gelukkig zijn. Ik hoop dat het optimisme van mevrouw Capoen en uzelf terecht is. Ik zal heel gelukkig zijn als er geland wordt en alle esthetische supplementen verdwenen zullen zijn. Daar gaat het ons immers om.

Mevrouw de minister, dat hebt u goed verwoord. Het gaat erom ervoor te zorgen dat de borstreconstructie met eigen weefsel voor meer vrouwen toegankelijk zal zijn.

De datum van 4 juli 2016 is inderdaad niet erg veraf. Mijn vraag was al eerder ingediend. Ik had ook net vernomen dat vorige keer alweer niet werd geland, hoewel die landing ook toen in het vooruitzicht was gesteld. Daarom was ik van mening dat ik mijn vraag opnieuw moest stellen.

De datum van 4 juli is inderdaad niet zo veraf. Wij zijn benieuwd naar het resultaat. Ik hoop dat u gelijk hebt.

15.05 An Capoen (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. Net zoals mevrouw Jiroflée, ben ik ook al meer dan een jaar bezig met dat dossier, zoals u weet. Het is mijn en ieders bedoeling dat de patiënten erbij winnen en zo weinig mogelijk uit eigen zak moeten betalen. Het voorstel, zoals ik het tot nu toe begrepen heb, is absoluut een stap in de goede richting, want het komt tegemoet aan de meeste wensen. In tegenstelling tot mevrouw Jiroflée ben ik misschien wel een grote optimist en ik sta liever zo in het leven.

Toch lijkt het mij moeilijk om een compromis te behalen als een van de partijen de lat zodanig legt dat de ander er moeilijk onderdoor kan. Beperkingen van ereloossupplementen in eenpersoonsskamers staan bovendien niet in het regeerakkoord; daar bestaat geen politieke consensus over. Als de chirurgen dat zouden aanvaarden, dan creëren zij in feite een precedent voor andere specialiteiten en ik vermoed dat zij die verantwoordelijkheid hoogstwaarschijnlijk niet zullen willen dragen.

De afschaffing van supplementen op eenpersoonsskamers is uiteindelijk gewoon de politieke agenda van hoofdzakelijk de CM, maar deels ook van de Socialistische Mutualiteiten, vermoedelijk omdat zij hopen dat zij zodoende hogere winsten boeken op hun hospitalisatieverzekeringen, die zij ondertussen aan de meeste van hun cliënten verkocht hebben. Dat gebeurt terwijl privéverzekeraars niet mee rond de tafel zitten in de Medicomut en dus niet kunnen onderhandelen.

Mevrouw de minister, het lijkt mij daarom toch geen slecht idee om die onderhandelingen eventjes van dichterbij te volgen en er eventueel uw hand in te houden. Ik vrees anders dat de patiënten de dupe zullen zijn van het eventueel afspringen van de onderhandelingen.

15.06 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, ik wil toch even de puntjes op de i zetten.

Mevrouw Capoen, u citeert uitvoerig uit een onbestaand document. Zolang er geen akkoord is in de Medicomut, is een document onbestaand en kan het nog wijzigingen ondergaan. Dat weet u toch?

15.07 An Capoen (N-VA): Ja.

15.08 Minister Maggie De Block: Goed. U citeert dus eigenlijk wat er geschreven staat aan de andere kant van de maan om een allusie te maken op gisteren. U citeert een onbestaand document, een document waaraan nog gesleuteld wordt, teneinde tot een akkoord te kunnen komen in onderhandelingen. Weet u wel welke verantwoordelijkheid u hier in de commissie voor de Volksgezondheid draagt ten opzichte van al die mensen, al die vrouwen, die wachten op een terugbetaling? Ik hoop dat u zich dat realiseert. Als u zich dat realiseert, dan vind ik het wel erg.

15.09 An Capoen (N-VA): Mevrouw de minister, absoluut, echt waar, ik vind het geen slecht idee om de onderhandelingen van dichtbij op te volgen. Ik ben zeer optimistisch. Ik ben ervan overtuigd dat er een akkoord komt en dat zal een compromis zijn. De chirurgen moeten water bij de wijn doen. Dat zal waarschijnlijk veel meer zijn dan ze hopen te moeten doen. Uiteindelijk primeert de patiënt.

U hebt echter ook de plicht om erop toe te zien dat er daadwerkelijk een akkoord komt deze keer, want dit probleem bestaat al vele jaren. Dit is gewoon onhoudbaar geworden.

15.10 Karin Jiroflée (sp.a): Een deel van wat ik wilde zeggen, moet ik niet meer zeggen, want de minister heeft dat prima gedaan. Ik ben het daar helemaal mee eens.

Mevrouw Capoen, als er een precedent zou zijn door die supplementen af te schaffen, dan zal dat een heel goede zaak voor de patiënt zijn. Dat zou door uw partij misschien eens in overweging kunnen worden genomen.

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

La **présidente:** La question n° 11338 de Mme Renate Hufkens est retirée. La question n° 11340 de M. Raoul Hedebouw est transformée en question écrite.

16 Question de M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les

automates vendeurs de boissons alcoolisées" (n° 11367)

16 Vraag van de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "alcoholautomaten" (nr. 11367)

16.01 **Gautier Calomne** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, la vente de boissons alcoolisées est réglementée à bien des égards dans notre pays. En ce qui concerne tout particulièrement les mineurs âgés de moins de 16 ans, la loi stipule formellement qu'il est interdit de leur vendre ce type de produits.

Or, selon les chiffres du SPF Santé Publique diffusés pour l'année 2015, 10 % des distributeurs automatiques de boissons situés dans l'espace public sont en situation d'infraction, puisqu'ils ne permettent pas de respecter cette législation. Ces automates permettraient donc d'alimenter en bonne partie les soirées de jeunes.

Je cite à ce propos un fonctionnaire qui témoignait dans un article: "Le problème se situe toujours au niveau du lecteur de carte d'identité, qui permet en principe à la machine de lire l'âge de la personne qui veut acheter une cannette de bière ou une bouteille d'alcool. De façon générale, les machines qui se trouvent dans les gares ou qui sont à côté d'un magasin ne posent pas de problème. Celles en infraction sont généralement placées aux abords des routes, souvent loin de tout autre commerce".

Madame la ministre, je connais votre souci de préserver la jeunesse face aux risques de la consommation d'alcool, ainsi que votre motivation à lutter fermement contre les problèmes évoqués. Disposez-vous d'ores et déjà de chiffres pour les contrôles des automates pour les premiers mois de l'année 2016? Le cas échéant, quelle est l'évolution des infractions constatées à l'occasion des contrôles effectués par les services fédéraux?

Quelles décisions avez-vous prises pour mieux informer et sensibiliser les propriétaires de ces automates à maintenir ces derniers dans un état de fonctionnement réglementaire? Par ailleurs, quelles options ont-elles été retenues pour mieux sanctionner les cas récurrents d'infraction à la législation?

Enfin, pourriez-vous nous communiquer l'état actuel des concertations avec les entités fédérées pour faire face à la problématique exposée, en particulier sur le plan de la prévention auprès des jeunes sur les risques liés à l'alcool? Je vous remercie.

16.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Calomne, tout comme en 2015, on a constaté, au cours du premier trimestre de cette année, 10 % d'infractions à la vente d'alcool aux mineurs d'âge dans les distributeurs automatiques. Il s'agit d'une amélioration par rapport à la situation voici cinq ans. Le nombre d'infractions variait à l'époque entre 16 et 18 %. Cette amélioration peut en partie s'expliquer par les amendes plus sévères. En effet, en 2014, le montant maximum des amendes est passé de 6 000 à 18 000 euros par infraction.

La vente d'alcool aux mineurs d'âge est bien connue du secteur de la distribution. Organiser de nouvelles campagnes d'information à l'attention du secteur des professionnels de la distribution me semble superflu. En revanche, il est encore nécessaire de sensibiliser les nombreuses associations et leurs bénévoles lors de l'organisation de soirées et d'événements. C'est pourquoi le service de contrôle Tabac et Alcool a rédigé une brochure d'information sur la façon de contribuer à une ambiance festive et sûre pour les jeunes. Cette brochure sera envoyée cette semaine aux pouvoirs locaux, à tous les bourgmestres ou les échevins de la jeunesse par exemple. Ceux-ci sont en effet les mieux placés pour diffuser cette information auprès des organisateurs de soirées et d'événements. Ce n'est pas par hasard que nous le faisons maintenant. On sait qu'à la fin de l'année scolaire, des fêtes pour enfants sont organisées. Il ne faut pas d'alcool pour s'amuser. C'est cela le message.

16.03 **Gautier Calomne** (MR): Je remercie Mme la ministre pour ses différentes réponses.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 11390 de Mme Valérie Van Peel et n° 11448 de M. André Frédéric sont reportées.

17 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenwerking inzake weesgeneesmiddelen" (nr. 11553)

17 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la coopération en matière de médicaments orphelins" (n° 11553)

17.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uw administratie en die van Nederland zouden samenwerken om een protocolakkoord uit te werken om via *horizon scanning* concrete weesgeneesmiddelen te bepalen en om dan in een pilootproject uit te testen hoe de samenwerking concreet van start zou gaan.

Recentelijk waren er berichten dat ook Oostenrijk bij die samenwerking betrokken zou worden. Ik vraag mij af hoever het daarmee staat. Is het samenwerkingsakkoord volledig afgerond? Op welke manier wordt de samenwerking praktisch geregeld? Heeft de *horizon scanning* al plaatsgevonden? Welke geneesmiddelen zijn concreet uit de bus gekomen voor het pilootproject? Op welke manier zal dit verlopen? Wanneer gaat het van start? Wat is het verdere verloop?

17.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, er is inderdaad vooruitgang geboekt in dit experiment, dat supranationaal is. Niet alleen is er een land aan toegevoegd, ondertussen is het akkoord met Oostenrijk op 17 juni ondertekend. De onderhandelingen van onze administratie met de Oostenrijkers liepen al een tijdje.

Wat het eerste pilootproject betreft, is er een gezamenlijk evaluatierapport opgemaakt, onder gemeenschappelijk auteurschap van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen en de Wetenschappelijke Adviesraad van het Zorginstituut Nederland, de tegenhanger ervan. Bij mijn weten is het de eerste keer dat twee Europese lidstaten gezamenlijk geschreven hebben aan een evaluatierapport over een geneesmiddel waarvoor de terugbetalingsprocedures simultaan lopen, over de landsgrenzen heen.

De samenwerking verloopt op praktisch niveau tussen de respectieve administraties van beide instellingen, met wederzijds respect voor de wettelijk voorziene termijnen, de reactietijden, de correspondentie en dergelijke die in Nederland en België bij de respectieve terugbetalingsprocedures horen.

Het Groothertogdom Luxemburg is eveneens op de hoogte gesteld dat het rapport is afgewerkt conform de gemaakte afspraken tussen de drie lidstaten. Daarnaast is er op meerdere niveaus een samenwerking, los van dit pilootproject, aangaande toekomstige *terms of reference* en gegevensuitwisseling, want ook dat maakt deel uit van onze samenwerking.

De methodologie van *horizon scanning* van het Nederlandse Zorginstituut wordt samen met het Belgische Kenniscentrum verder uitgewerkt en wetenschappelijk onderbouwd met de bedoeling om tot een instrument te komen dat in de meeste lidstaten op vrijwillige basis zou kunnen worden gebruikt. Ik kijk er al naar uit om kennis te nemen van de lijst van toekomstige farmaca waarnaar u verwijst.

Het verdere verloop is duidelijk. Er komt een intensieve samenwerking in de domeinen die in het akkoord staan. Dat zijn, zoals gezegd, de *horizon scanning*, de *health technology assessment*, de informatie-uitwisseling en last but not least, een gezamenlijke overeenkomstenonderhandeling waarvan ik hoop de resultaten en de evaluatie in de komende maanden te kunnen communiceren.

U ziet dat wij op minder dan een jaar al heel wat werk hebben verricht. Wij breiden niet alleen uit naar andere landen, maar wij werken ook inhoudelijk verder aan al die procedures.

17.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, als ik het goed begrijp, betreft het evaluatierapport de procedures die aan beide kanten bestaan en is er nog geen concreet geneesmiddel opgestart om samen te evalueren?

17.04 Minister Maggie De Block: Het eerste pilootproject is voorbij. Vermits het geneesmiddel niet werd behouden, ingevolge een gezamenlijke conclusie, wordt er verder ook niets meer over meegedeeld. Alleen deze die tot een prijszetting zullen komen, worden meegedeeld.

Er zijn er die sneuvelen *en cours de route* omdat beide landen menen dat ze niet voldoen wegens te riskant voor de veiligheid; de veiligheid van de patiënt staat immers voorop, voor alle landen. Recent hebben wij toch wel wat meegemaakt in Frankrijk en Servië. Nogmaals, de veiligheid staat voorop. Als het niet wordt

behouden wegens de veiligheid of om andere factoren, wordt daarover verder niets meegedeeld.

17.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Het gaat dus altijd over een nieuw geneesmiddel en heel die procedure wordt gezamenlijk doorlopen vanaf de CTG?

17.06 Minister Maggie De Block: Volgens de gangbare procedure wordt dit in de CTG gestopt en bij hen werkt men via het Zorginstituut. Op het einde, als beide hun goedkeuring geven voor het geneesmiddel, zal er gemeenschappelijk over de prijs worden onderhandeld.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stand van zaken in verband met het koninklijk besluit 78" (nr. 11554)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van verpleegkunde via een aanpassing van KB nr. 78" (nr. 12468)

18 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'état d'avancement de l'arrêté royal 78" (n° 11554)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de la formation d'infirmier par une adaptation de l'AR n° 78" (n° 12468)

18.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, hoever staat het met de hervorming van het koninklijk besluit nr. 78? Er worden in verband met de GGZ-beroepen kleine stappen vooruitgezet. Hoever staat het met de rest van die hervormingen? Zullen die aan het parlement worden voorgelegd? Indien ja, wanneer?

Welke gesprekken hebben er ondertussen al plaatsgevonden? We hebben eerder inzake andere grote werven die u hebt aangevat, hier al de terugkoppeling gehad naar de hoofdlijnen die u hebt uitgezet. Komt ook de hervorming hier ter sprake? Wat is daarvan het tijdpad?

Mijn daaraan gekoppelde concrete vraag betreft de opleiding verpleegkunde. De angel ter zake is de functiedifferentiatie. Op een congres op de FOD over de verpleegkundig specialist stelde u in een videoboodschap dat u aan het bekijken bent hoe u de nodige erkenning voor de titulatuur van verpleegkundig specialist zou regelen.

Hoever staan die werkzaamheden? Is er al iets uitgewerkt in verband met de verpleegkundig specialist? Welke richting gaan de discussies uit over de toekomst van het beroep van verpleegkundige en over de titel van verpleegkundige?

Wanneer zal er duidelijkheid worden gecreëerd rond de opleiding en de titulatuur van verpleegkundige?

18.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, de voornaamste krachtlijnen van de hervorming van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen liggen inderdaad vast.

Binnenkort zal een werkgroep bij de regering de krachtlijnen valideren en vervolgens een algemene toelichting geven aan de commissie.

Ik kan u ook melden dat er na het zomerreces een conferentie zal worden georganiseerd met de vertegenwoordigers van alle zorgberoepen en zorgvoorzieningen. De uitnodiging voor deelname wordt nog voor de zomervakantie verstuurd.

Een zaak is zeker. In het model dat wij voorstellen, zal de patiënt centraal staan, zal patiëntempowerment belangrijk zijn en wordt de autonomie van de patiënt, alsook van elke zorgverstrekker, versterkt.

We gaan naar een heel ander model dan het huidige piramidaal model, waar de artsen aan de top van de piramide staan. We gaan naar een model waarin zorgverstrekkers op gelijke voet en autonoom kunnen werken en waar rond de patiënt multidisciplinair en in vol overleg moet worden gewerkt.

Zoals ik altijd zeg, heeft de patiënt een plaats in de cockpit. Dan spreken we over de patiënten van nu en van de volgende generatie. We zullen hen veel meer betrekken bij het handhaven van hun gezondheid. Dat is een groot werk en de erkenning van verpleegkundig specialisten maakt daarvan ook deel uit.

Ook al is de opleiding een bevoegdheid van de deelstaten, een en ander heeft ook te maken met de omzetting van de Europese richtlijn om verpleegkundigen ook Europese mobiliteit te geven.

Dat werd ook besproken in de Interministeriële Conferentie van maart, waar mevrouw Milquet en mevrouw Crevits mij gevraagd hebben een brief met verdere uitleg te schrijven. Die brief is ondertussen vertrokken naar de bevoegde Europese instanties. Het is voor mij belangrijk dat wij eenzelfde regeling treffen in Vlaanderen en Wallonië, omdat wij een Europese richtlijn omzetten met het oog op de Europese mobiliteit. Het zou dan toch wel vreemd zijn dat er voor een deel van onze verpleegkundigen geen mobiliteit binnen ons land is en dat iemand uit Vlaanderen dus niet in Wallonië zou kunnen gaan werken, of omgekeerd.

18.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Werd de knoop dan doorgehakt?

18.04 Minister Maggie De Block: Nog niet, want zij wilden beiden een brief met verduidelijkingen.

La **présidente**: La lettre d'explication est bien de la part de la Commission européenne?

18.05 Maggie De Block, ministre: Non. Nous avons encore posé des questions à la Commission européenne sur la suggestion de Mmes Milquet et Crevits. Entre-temps, Mme Milquet a été remplacée par Mme Schyns. Cela nous a retardés de quelques semaines, mais je le comprends parfaitement puisque cette dernière devait s'installer et se plonger dans ce dossier difficile.

Zowel mevrouw Crevits als mevrouw Schyns was bereid om input voor die brief te geven.

La **présidente**: Vous n'avez pas encore la réponse?

18.06 Maggie De Block, ministre: Non.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: L'interpellation n° 151 de Mme Véronique Caprasse est reportée. Les questions n° 11617 de Mme Els Van Hoof, n° 11624 de M. Daniel Senesael et n° 11626 de M. André Frédéric sont reportées.

Je vais transformer mes questions n° 11424 et n° 11529 en questions écrites.

19 Samengevoegde interpellatie en vraag van

- mevrouw Karin Jiroflée tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van de chemische substantie glyfosaat en het standpunt van België hierover in de Europese context" (nr. 152)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het standpunt van België over glyfosaat" (nr. 11678)

19 Interpellation et question jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du glyphosate et la position de la Belgique dans le contexte européen" (n° 152)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la position de la Belgique en ce qui concerne le glyphosate" (n° 11678)

19.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, het gebruik van de chemische substantie glyfosaat in bestrijdingsmiddelen steeg de voorbije jaren aanzienlijk. Ik denk niet dat ik daar iets nieuws mee vertel. In veertig jaar tijd steeg het gebruik met een factor 260 tot 825 000 ton per jaar; 76 % hiervan wordt aangewend in de landbouw, maar ook in de publieke en de private ruimte wordt heel wat van deze stof verspreid. Vorige week hebben wij nog kennisgenomen van de vraag van een collega aan minister Bellot. Uit het antwoord bleek dat ook de NMBS in haar bermen en langs de spoorlijnen kwistig producten met behoorlijk wat glyfosaat spuit.

De Wereldgezondheidsorganisatie kwam onlangs tot de conclusie dat deze stof waarschijnlijk

kankerverwekkend is voor de mens. Andere studies wijzen uit dat glyfosaat ook hormoonverstorend werkt.

Wij denken dat deze bevindingen ons moeten aanzetten tot een grote voorzichtigheid. Het vaststellen van de aanwezigheid van glyfosaat in ons lichaam, ons voedsel en zelfs in moedermelk moet volgens ons de Belgische regering aanzetten tot het hanteren van het voorzorgsprincipe. Binnen de Europese instellingen vinden wij dat België ervoor moet pleiten om de verlopen vergunning voor het gebruik van deze stof niet te verlengen.

Binnen Europa heeft dat al een lange geschiedenis. Er is een paar keer over gediscussieerd. Het Standing Committee heeft twee weken geleden uiteindelijk geen standpunt ingenomen omdat de meningen te verdeeld waren. Als ik goed ben ingelicht, zal het nu vrijdag aan de Europese Commissie zijn om hierover een standpunt in te nemen. Wij vinden dat België moet proberen hierop invloed te hebben.

Bovendien denken wij dat de Belgische regering niet moet afwachten om intern binnen België het gebruik van glyfosaat voor particulier gebruik in de publieke ruimte te verbieden, naar het voorbeeld van onze buurlanden Frankrijk en Nederland.

Op een vraag van enkele weken geleden antwoordde minister Borsus dat hij het advies van de EFSA, het Europees voedselagentschap, volgt, ondanks het feit dat dit wordt tegengesproken door andere adviezen. Ook vanmorgen heeft het kabinet van minister Borsus tijdens de commissievergadering in dezelfde zin geantwoord. Ik begrijp dat het kabinet de andere studies niet in rekening neemt.

Ik heb het er ook moeilijk mee dat men deze zaak wil afdoen als een landbouwthema en dat men zegt dat een groot gedeelte hiervan bij de Gewesten en Gemeenschappen zit. Volgens ons is het echter heel duidelijk een thema voor Volksgezondheid, want het gaat over wat wij inademen, wat wij eten, wat terechtkomt bij onze kinderen en in hun voedsel.

Het gaat hier ook over de vraag wat bij onze kinderen en in het voedsel van onze kinderen beland. Wij zijn dus van mening dat het heel duidelijk om een zaak van volksgezondheid gaat.

Mevrouw de minister van Volksgezondheid, omdat minister Borsus al twee keer op hetzelfde uitkomt, hadden wij daarover heel graag uw mening gekend.

Mevrouw de minister, ik dank u nu al voor uw reactie.

19.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, gezien het vergevorderde uur zal ik niet herhalen wat mevrouw Jiroflée heeft verwoord. Ik ben het immers met haar eens. Mijn vraag was in dezelfde richting gesteld.

Ik wil aansluiten bij waar zij is geëindigd, namelijk dat het absoluut niet een landbouwthema betreft, maar dat het echt gaat om een thema van volksgezondheid.

Ik heb al verschillende vragen over de problematiek – ik tel er hier zeven – gesteld aan uw collega's, de ministers Marghem en Borsus, en ook aan uzelf.

Wij voelen toch wel dat de huidige regering heel weifelend en twijfelend over de kwestie is.

Glyfosaat is echt geen selectief herbicide en doodt echt wel alles. Het doodt niet alleen planten en dieren. Wie de meest recente uitzending van Panorama over de invloed van glyfosaat op de voeding van biggen heeft gezien, kan getuigen dat het verschrikkelijk was om te bekijken.

Het is niet omdat het nog niet is bewezen of omdat er nog geen proeven met mensen zijn gebeurd, dat het niet schadelijk voor de mensen is. Het is cynisch, om dat als argument te gebruiken.

Mijn vraag is de volgende.

Welke standpunt zal België in de technische commissie van vrijdag 24 juni 2016 innemen?

Wij kunnen in onze hoedanigheid van lidstaat wel degelijk beslissingen nemen. Ik ben het er helemaal mee eens dat wij het voorzorgsprincipe hoog in het vaandel moeten dragen en dat we het woord “waarschijnlijk”

kankerverwekkend niet met “niet-kankerverwekkend” mogen gelijkstellen.

19.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, collega's, in toepassing van het protocol van 6 november 2014 tussen de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, enerzijds, en de minister van Middenstand, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie, anderzijds, behoren gewasbeschermingsmiddelen tot de bevoegdheid van minister Borsus. Het protocol bepaalt wel dat de minister van Middenstand, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie mij tijdig op de hoogte brengt van beleidskeuzes die een rechtstreeks verband houden met de volksgezondheid.

Minister Borsus is dus bevoegd voor het bepalen van het Belgische standpunt inzake het Commissievoorstel voor de verlenging van de EU-goedkeuring voor glyfosaat. Zoals voorgeschreven door het protocol, ben ik tijdig geïnformeerd van zijn voorstel voor een Belgisch standpunt, namelijk het steunen van het voorstel van de Commissie. Ik ben het dan ook volledig eens met het standpunt, voorgesteld door mijn collega.

De evaluatie, verricht op Europees niveau, getuigt van een grote transparantie.

De volgende elementen zijn publiek beschikbaar: de samenvatting van het dossier; het evaluatieverslag opgesteld door de rapporterende lidstaat Duitsland – voor wie goesting heeft, het bevat 4 000 bladzijden; alles wat verband houdt met de peer review die door de European Food Safety Authority (EFSA) werd georganiseerd, zoals de commentaren op het Duitse evaluatieverslag en de manier waarop met deze commentaren werd omgegaan; alle verslagen van diverse door de EFSA georganiseerde vergaderingen met nationale experts en de conclusie van de EFSA. Dat gaat opnieuw over een kleine 8 000 bladzijden.

Duitsland en de EFSA hebben in tegenstelling tot het International Agency for Research on Cancer voorgesteld om glyfosaat niet in te delen als kankerverwekkend. De Europese Commissie heeft de EFSA gevraagd om bijzondere aandacht te besteden aan de indeling door het International Agency for Research on Cancer.

Daartoe werd er een vergadering georganiseerd met experts van de Europese lidstaten van het European Chemicals Agency, dat de eindverantwoordelijkheid draagt inzake de vaststelling van de geharmoniseerde Europese indeling, van het US EPA en van het International Agency of Research on Cancer. Deze vergadering heeft toegelaten om de divergentie inzake de indeling van glyfosaat tussen de EU, enerzijds, en het International Agency of Research on Cancer, anderzijds, beter te begrijpen. Daarbij spelen onder andere de volgende elementen een rol.

Voor de Europese evaluatie werden veel meer studies beoordeeld dan door het International Agency of Research on Cancer. In de EU was er dus een fijnere analyse mogelijk. Alle studies die het International Agency heeft bekeken, werden ook meegenomen op Europees niveau. Het klopt dus niet dat beide agentschappen verschillende soorten studies bekeken, want er was een gemeenschappelijke basis voor de studies die zij beoordeelden. De Europese evaluatoren hebben daar echter nog meer studies bij betrokken.

Bij de beoordeling van de epidemiologische studies gaven de Europese experts een groter gewicht aan de uitkomst van de grootste en naar hun opinie relevantere *agricultural health studies* dan aan andere studies. De Europese evaluatie is er voornamelijk op gericht om de eigenschappen van de stof te bestuderen en niet van de talloze producten en mengsels die op de markt worden gebracht. Gepubliceerde gegevens van studies uitgevoerd op producten waarvan de herkomst niet altijd valt op te sporen of met een onduidelijke samenstelling, geven geen eenduidig beeld van het gevaar of het risico van de werkzame stof zelf voor de gebruiker.

Zoals u zelf aanhaalt, heeft de Wereldgezondheidsorganisatie in samenspraak met de FAO in de context van de Joint FAO/WHO Meeting on Pesticide Residues intussen geconcludeerd dat glyfosaat niet als kankerverwekkend moet worden ingedeeld. Het International Agency staat dus geïsoleerd met de indeling als waarschijnlijk kankerverwekkend.

Men mag niet vergeten dat er reeds een geharmoniseerde Europese indeling bestaat in toepassing van verordening nr. 1272 van 2008, waarbij glyfosaat niet als kankerverwekkend is ingedeeld. Duitsland heeft de procedure tot herziening van deze indeling geïnitieerd en heeft daartoe ook een verslag ingediend bij het ECHA, waarin opnieuw geen indeling van glyfosaat als kankerverwekkend middel wordt voorgesteld. In haar voorstel heeft de Europese Commissie rekening gehouden met deze lopende procedure, door een verbintenis in te bouwen dat de goedkeuring van de stof zal worden herzien zodra de indeling wijzigt op een

wijze die een impact kan hebben, in toepassing van goedkeuringscriteria.

Gelet op deze gehele context meen ik dat hiermee op een deftige manier wordt omgegaan met het vraagstuk van de indeling van glyfosaat. Niet alleen op het vlak van eventuele kankerverwekkende eigenschappen biedt het voorstel van de Europese Commissie een gepast antwoord: alle kritische punten uit de Europese evaluatie worden in het Commissievoorstel op een proportionele wijze ondervangen, in het bijzonder door het verbod op gewasbeschermingsmiddelen die de controversiële formuleringshulpstof POE-tallowamine bevatten. Wat niet-professioneel gebruik in de publieke ruimte betreft, ben ik van mening dat de gewasbeschermingsmiddelen die glyfosaat bevatten, op dezelfde wijze als eender welk ander gewasbeschermingsmiddel moeten worden beoordeeld volgens de wettelijk vastgestelde criteria.

Het is een hardnekkig misverstand dat Nederland en Frankrijk specifieke beperkingen hebben ingesteld ten opzichte van middelen op basis van glyfosaat. In Frankrijk werd een horizontale maatregel aangenomen, die vanaf 1 januari 2019 van kracht zal worden en waarbij de verkoop van gewasbeschermingsmiddelen aan zogezegde amateurs, dus niet-professionele gebruikers van dergelijke middelen, zal worden beperkt tot middelen die kunnen worden ingezet in de biologische productiemethode, tot middelen die beantwoorden aan de definitie van laagrisicogewasbeschermingsmiddel en tot biocontrolemiddelen.

Uiteraard zal deze maatregel ook een impact hebben op de middelen die glyfosaat bevatten, maar deze producten worden niet anders behandeld dan andere gewasbeschermingsmiddelen. Ook in Nederland gaat het over een algemene maatregel voor het gebruik van herbiciden in groenvoorzieningen en dus niet over een maatregel die specifiek geldt voor middelen op basis van glyfosaat.

Ik meen dat men van alles een zaak kan blijven maken. Het siert u dat u daarvoor blijft gaan, maar als alle studies en alle grote instanties zeggen dat er op dit moment eigenlijk geen gevaar is, dan meen ik toch dat ons land daaruit de juiste conclusies trekt. Ik steun dan ook de positie die mijn collega, minister Borsus, heeft ingenomen.

19.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw zeer uitgebreid antwoord. Ik kom toch even terug op een paar elementen.

Zelfs als het alleen maar waarschijnlijk kankerverwekkend is, vinden wij nog steeds dat men het voorzorgsprincipe moet hanteren. Bovendien is het duidelijk hormoonverstorend. Dat hebben andere studies ook aangehaald.

U zegt dat Nederland en Frankrijk geen specifiek verbod op glyfosaat hebben. Dat zou kunnen, maar de maatregelen die u zelf opsomt, zullen uiteindelijk als effect hebben dat glyfosaat in niet-professionele middelen niet meer gebruikt zal kunnen worden. Mochten wij het al weren uit niet-professionele middelen, dan waren wij, meen ik, al een eind verder.

Vandaar dat ik ter zake een motie van aanbeveling wil indienen. Wij blijven immers vinden dat België zich anders zou moeten opstellen tegenover Europa en onafhankelijk van de beslissing op Europees niveau, het voorzorgsprincipe zou moeten hanteren en dus het particulier gebruik zou moeten verbieden, zoals de facto in Nederland en Frankrijk het geval is, ook al staat de naam er niet in. Onkruidverdelgers met glyfosaat moeten zeker verboden worden op openbare plaatsen zoals scholen, ziekenhuizen of langs de spoorwegen.

Ten slotte willen wij ook sterk aandringen op het onderzoek naar ecologisch meer verantwoorde alternatieven voor glyfosaat in de landbouw, samen met de Gewesten en de Gemeenschappen.

19.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik sluit mij daarbij aan. Het dossier is zeker nog niet gesloten. Dat wordt ook geduid door uw lang antwoord, waarin u zich verdedigt. Ik lees tussen de lijnen van uw antwoord ook dat er ter zake inderdaad veel verschillende meningen zijn.

Ik voeg er nog aan toe dat wij niet naïef mogen zijn en de chemische lobby die hier aan het werk is, niet mogen onderschatten. Ik zal het daarbij laten.

19.06 Minister Maggie De Block: In die talrijke wetenschappelijke studies is er geen enkele invloed van de chemische lobby. De Europese agentschappen zijn, net als onze agentschappen, onafhankelijk en hebben een gedragscode wat gelobby betreft. Als wij van hen de conclusies al niet meer aannemen, dan zie ik niet in waarom wij allemaal moeten blijven meebetalen om Europese agentschappen in het leven te roepen.

La **présidente**: Madame la ministre, permettez-moi de vous demander d'aller consulter ces études. Vous constaterez que tous les noms de ceux qui ont fait ces études ont été biffés. La question qui se pose est de savoir pourquoi. Existe-t-il un conflit d'intérêts? Lisez ces études! C'est impressionnant. Cela représente des centaines, voire des milliers de pages.

Moties

Motions

Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Karin Jiroflée en luidt als volgt:

"De Kamer,
gehoord de interpellatie van mevrouw Karin Jiroflée
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
vraagt de minister

1. er op Europees niveau op aan te dringen het verlengen van de noodzakelijke vergunning voor het product glyfosaat uit te stellen tot de EU-classificatie door ECHA is afgerond en er duidelijkheid is over de potentieel hormoonverstorende eigenschappen van glyfosaat, gezien dit bijkomende argumenten kan opleveren tegen de hernieuwing van de erkenning;
2. onafhankelijk van de beslissing op Europees niveau het voorzorgsprincipe te hanteren en het gebruik van glyfosaat in erkende onkruidverdelgers voor particulier gebruik te verbieden;
3. onafhankelijk van de beslissing op Europees niveau het voorzorgsprincipe te hanteren en het gebruik van glyfosaat bevattende onkruidverdelgers op openbare plaatsen zoals scholen, ziekenhuizen of langs spoorwegen te verbieden;
4. het onderzoek naar ecologisch verantwoorde alternatieven voor glyfosaat in de landbouw te versnellen, in samenwerking met de Gewesten."

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Karin Jiroflée et est libellée comme suit:

"La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de Mme Karin Jiroflée
et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande à la ministre

1. d'insister à l'échelon européen pour que la prolongation de l'autorisation requise pour le produit glyphosate soit reportée jusqu'à ce que l'ECHA ait achevé la classification européenne des substances chimiques et que la clarté ait été faite sur les caractéristiques potentielles du glyphosate en tant que perturbateur endocrinien, étant donné que ces éléments peuvent fournir de nouveaux arguments contre le renouvellement de l'agrément de cette substance;
2. d'adopter, indépendamment de la décision prise au niveau européen, le principe de précaution et d'interdire l'utilisation du glyphosate dans la fabrication d'herbicides agréés pour un usage privé;
3. d'adopter, indépendamment de la décision prise au niveau européen, le principe de précaution et d'interdire l'utilisation d'herbicides contenant du glyphosate dans les lieux publics tels que les écoles, les hôpitaux ou le long des voies ferrées;
4. d'accélérer la recherche d'alternatives écologiques au glyphosate utilisé en agriculture en collaboration avec les Régions."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Dirk Janssens.
Une motion pure et simple a été déposée par M. Dirk Janssens.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.
Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

Les questions n^{os} 11668, 11694, 1970 et 11991 sont transformées en questions écrites.

Nous reviendrons vers les questions durant la première semaine de juillet.

19.07 **Maggie De Block**, ministre: En effet, le 5 après-midi et la semaine suivante, ce sera le matin.

La réunion publique de commission est levée à 18.06 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.06 uur.