

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 05 JUNI 2018

Namiddag

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

du

MARDI 05 JUIN 2018

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14.14 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens. De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.14 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

De **voorzitter**: Collega's, wij beginnen aan onze werkzaamheden, die om 17 uur zullen worden stopgezet.

01 **Vraag van de heer Raf Terwingen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verouderde horecaregelgeving" (nr. 24766)**

01 **Question de M. Raf Terwingen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réglementation archaïque dans l'horeca" (n° 24766)**

01.01 **Raf Terwingen** (CD&V): Mevrouw de minister, ik was wat verrast dat u hiervoor ook bevoegd zou zijn. De vraag was gericht tot de minister van Binnenlandse Zaken, maar de diensten hebben mij gezegd dat ik mij tot u of tot de minister van Economie moest richten. Beteugeling van dronkenschap zou onder uw bevoegdheid vallen. Dit ter inleiding.

Wie een nieuwe horecazaak wil opstarten, dient zich in orde te stellen met allerhande regels. Eén daarvan is het aanbrengen van het bewuste papieren document dat wij allemaal kennen van cafébezoek, waarin het gaat over de besluitwet ter beteugeling van dronkenschap in een drankgelegenheid. Dat document moet op een goed zichtbare plaats worden uitgehangen.

Het is goed dat de diensten de horeca goed controleren om de kwaliteit in de horeca te blijven beschermen. Is echter het uithangen van het papieren document met deze besluitwet van 14 november 1939 een bijdrage daaraan of is het slechts een formaliteit? Zowel de diensten van de gemeente waarvan ik burgemeester mag zijn als de mensen van de horeca vragen zich af of dit nog wel nodig is. Blijkbaar is een bijkomende voorwaarde dat dit papieren document met de besluitwet gedrukt moet zijn in een door het ministerie van Financiën officieel erkende drukkerij.

Mevrouw de minister, het gaat hier over de beteugeling van dronkenschap en daarvoor is Volksgezondheid wel bevoegd. Deze vraag werd trouwens ook ingediend bij de minister van Economie.

Ten eerste, wat vindt u hiervan? Moeten de uitbaters van de drankgelegenheden die besluitwet nog altijd afficheren? Moet dat dan op papier dat komt van een erkende drukkerij?

Ten tweede, als u de besluitwet erop naleest, zult u het met mij eens zijn dat dit zeer verouderde horecaregelgeving betreft. Zou het niet goed zijn om die besluitwet eens te herzien, puur en alleen al in het belang van de mensen van de horeca? Die moeten dan al minder formaliteiten naleven. Dit zou op een modernere manier kunnen worden aangepakt. Als u daarover regelgeving zou opstellen, zou u op uw beurt vereeuwigd worden; we vinden de besluitwet van 1939 immers in ieder café terug. Zo kunt u uw naam vereeuwiggen op de muur van menig café, mocht dat uw ambitie zijn, maar aan uw mimiek te zien, is dat niet zo.

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer Terwingen, dergelijke vragen werden vroeger altijd door de minister van Justitie beantwoord. De maatregelen die bij overtreding van de wet van 14 november 1939 worden getroffen, zijn immers strafrechtelijke bepalingen.

Een drankgelegenheid moet de besluitwet nog altijd uithangen. Dat is een wettelijke verplichting. Ik deel uw mening over die wet. Inhoudelijk blijf ik de wet steunen, maar de manier waarop is vastgelegd dat het uittreksel op speciaal papier moet worden uitgehangen, is een overblijfsel uit een ander tijdperk. Dat zouden wij zeker kunnen moderniseren.

De doelstelling blijft natuurlijk nog steeds overeind. Ze is ook een aspect van bescherming van de openbare orde en van de moraliteit, die buiten mijn bevoegdheid valt. Een aanpassing zou dus een overleg vergen met de minister van Justitie, gezien de strafrechtelijke bepalingen die de wet bevat.

Anno 2018 zijn er tal van andere manieren om de burgers op de problematiek van alcoholmisbruik te wijzen. Ik denk bijvoorbeeld aan de bobcampagnes.

Dat neemt echter niet weg dat de idee achter de wet nog steeds geldt en moet blijven gelden. Het is en blijft immers onverantwoord en maatschappelijk onaanvaardbaar dranken te blijven schenken aan personen die dronken zijn. Uitbaters van drankgelegenheden moeten zich bewust blijven van de rol die zij daarin kunnen spelen.

U vroeg zich af of ik met een nieuwe wet aan de muren van drankgelegenheden wil hangen, om daardoor onsterfelijk beroemd te worden. Daarvoor pas ik liever. Ik ben wel bereid om samen met de minister van Justitie modernere manieren te onderzoeken. Indien dat nodig zou zijn, zal ik dat ook doen met de minister van Economie.

01.03 **Raf Terwingen** (CD&V): Mevrouw de minister, ik ben heel blij met uw antwoord. Wij zitten op dezelfde golfengte.

Misschien kan een wetsvoorstel ook helpen. Dat kan mij misschien helpen met het bekend worden in alle cafés. Ik ben geen grote cafébezoeker, maar het zou kunnen.

Ik wil u gewoon nog even een zinnetje in herinnering brengen. Een van de voorschriften is: "Ten gerieve van de klanten moeten in voldoende getale hygiënische en fatsoenlijke waterplaatsen en privaten worden ingericht." Dat is de taal van het koninklijk besluit, toch wel veelzeggend.

Er moet ook voor een "prompte lozing van de drekstoffen" worden gezorgd. Dat geef ik even mee, om het de vertalers moeilijk te maken. Wat "drekstoffen" zijn, zullen zij denkelijk nooit kunnen vertalen.

Ik dank u voor uw antwoord. Wij gaan nog eens langs bij de ministers van Economie en Justitie. Wij zullen zien wat wij uit hun antwoorden kunnen leren. Ik dank u voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 **Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taks op frisdranken" (nr. 24795)**

02 **Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe sur les boissons rafraîchissantes" (n° 24795)**

02.01 **Els Van Hoof** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in oktober 2015 werd bekendgemaakt dat de regering zou overgaan tot de invoering van een frisdrankentaks.

Er is een en ander aan te merken op deze taks, bijvoorbeeld dat alleen frisdranken in het vizier komen, terwijl andere gesuikerde producten er niet aan worden onderworpen. De discussie over de differentiatie tussen de accijnzen op frisdranken met of zonder zoetstoffen is aan de gang en ik merk dat beide bevoegde ministers wel vinden dat hieraan iets moet worden gedaan, maar dat de hete aardappel nogal gemakkelijk wordt doorgeschoven tussen u en minister Van Overtveldt.

Ik stelde hierover reeds een vraag aan minister Van Overtveldt. De minister gaf aan dat zijn kabinet de

fiscaaltechnische zaken van de taks op frisdranken regelt, maar geen wijzigingen kan voorstellen op basis van de impact van de taks op de volksgezondheid. Uw kabinet wijst dan weer naar het fiscaal aspect om de verantwoordelijkheid af te schuiven.

Mevrouw de minister, de aanpassing van de frisdranktaks is een bevoegdheid van u beiden. Het is zaak om zowel de gezondheidsimpact als de fiscale aspecten mee te nemen en om samen te werken om nog tijdens deze legislatuur de noodzakelijke differentiatie van de taks te kunnen invoeren.

Wordt er nog een uitbreiding of verbetering van de frisdranktaks onderzocht? Wordt hierover overlegd? Zo ja, is er inmiddels al een beslissing genomen?

Komt er in de toekomst een differentiatie tussen frisdranken met en zonder zoetstoffen?

02.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Hoof, ik zal u de antwoorden overhandigen, die ik hier bij heb, op eerdere vragen van mevrouw Van Camp en anderen over dit onderwerp, meer bepaald over het overleg dat aan de gang is met de minister van Financiën, over de uitwerking van de frisdranktaks.

Een uitbreiding ligt momenteel niet ter tafel en evenmin de invoering van een taks op de andere categorieën van producten die suiker bevatten.

Het is wel zo dat voor de gearomatiseerde dranken al een fiscaaltechnische regeling is uitgewerkt. Dat hadden wij van in het begin gevraagd, maar dat was in eerste instantie niet mogelijk. Dat is nu gebeurd. De gearomatiseerde waters die nul calorieën en nul suikers bevatten zijn eruit gehaald. De vraag is of wij verdergaan in de differentiatie en ook gaan werken aan de zero-producten, die weliswaar weinig suiker bevatten maar die ook schadelijke zuren bevatten, wat door de tandartsen wordt bevestigd.

Ik meen dat wij die oefening moeten voortzetten, in samenspraak met de sector. Zij worden er hoe dan ook bij betrokken. Ik word ook op de hoogte gehouden van hun inspanningen om het suikergehalte in frisdranken te verlagen en alternatieven te gebruiken. Ik meen dat wij er op dat vlak nog niet helemaal zijn, maar ik heb u ter zake vorige keer al een meer technisch antwoord gegeven. Er is in dit dossier ondertussen geen evolutie waar te nemen en men heeft niet de intentie om de frisdranktaks uit te breiden.

02.03 **Els Van Hoof** (CD&V): Mevrouw de minister, het is duidelijk dat er niet wordt gedacht aan een uitbreiding. Er worden echter wel voorbereidingen getroffen op het vlak van het onderzoek naar wat wel en wat niet kan. Dit zal echter voor een volgende regering zijn. Ik kom straks de technische gegevens ophalen.

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

03 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'intégration et la représentation des infirmiers au sein des réseaux hospitaliers cliniques" (n° 24824)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infirmières et les réseaux hospitaliers" (n° 24836)

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de plaats en de vertegenwoordiging van de verpleegkundigen in de klinische ziekenhuisnetwerken" (nr. 24824)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verpleegkundigen en de ziekenhuisnetwerken" (nr. 24836)

03.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, tout comme nous, je pense que vous avez reçu différents courriers au sujet de l'intégration et de la représentation des infirmiers au sein des réseaux hospitaliers cliniques. Quand j'ai déposé ma question, le 4 avril, je n'avais alors reçu que le courrier de l'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB) qui vous a également écrit.

Depuis lors, il est vrai que j'ai reçu d'autres courriers, notamment des organisations syndicales, mais j'ai aussi eu l'occasion de rencontrer et d'avoir connaissance d'autres difficultés relevées par d'autres soignants, dont les pharmaciens et les kinésithérapeutes.

Le message relayé par les soignants contient le regret de ne pas avoir été entendus ni consultés dans le cadre de cette réforme relative à la mise en place des réseaux hospitaliers cliniques. Ils formulent d'ailleurs une série de demandes qu'ils estiment essentielles pour que les infirmiers obtiennent une place claire et équitable au sein de cette réforme et de l'organisation du paysage hospitalier.

Ils avancent d'ailleurs une série de possibilités: la participation des infirmiers à l'organisation des réseaux, la mise sur pied de conseils infirmiers locaux, la création de la fonction d'infirmier en chef de réseau, l'intégration systématique de la profession d'infirmier dans le futur projet de loi concernant le réseautage clinique entre les hôpitaux, l'implication des infirmiers dans la réalisation des conventions INAMI et un droit de participation et de vote sur la répartition de l'enveloppe financière générée par les infirmiers.

Faut-il rappeler à nouveau que les infirmiers représentent le personnel le plus nombreux dans les institutions hospitalières?

Madame la ministre, pourquoi n'avez-vous eu aucune concertation, du moins jusqu'à présent - à moins que ce soit le cas depuis début avril -, avec les représentants des infirmiers dans le cadre de cette réforme relative aux réseaux hospitaliers cliniques? Je pense notamment à l'UGIB qui est un acteur important dans ce domaine. Quelles réponses formulez-vous à l'égard de l'ensemble des demandes exprimées dans leur courrier du 26 mars 2018? Avez-vous déjà entre-temps ou allez-vous, à présent que le texte a été transmis au Conseil d'État, mettre en place une concertation avec les représentants des infirmiers?

03.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai également été interpellée fin mars par les organisations d'infirmiers mais, à ce sujet, je vous avais déjà interrogée fin janvier à propos de leurs préoccupations. En effet, ils étaient exclus des discussions et dispositifs prévus dans l'organisation des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux.

À la fin du mois de janvier, vous n'aviez pas donné ni de suite précise, ni de réponse claire, ni de volonté affirmée de les impliquer et de les associer aux organes de gestion, d'organisation et de coordination des futurs réseaux.

Ils sont donc revenus vers moi avec des questions plus précises sur la fonction d'infirmier chef de réseau, de conseil médical, de conseil infirmier, du droit de décision et du droit de vote dans la répartition de l'enveloppe financière générée par les infirmiers, ainsi que leur implication dans les conventions INAMI. Depuis lors, y a-t-il eu des concertations? Quel est le suivi que vous avez donné à ces demandes?

Globalement, les infirmiers devront être associés aux médecins dans les futures organisations de soins ainsi qu'au niveau du pouvoir décisionnel, d'autant que des modifications doivent intervenir dans les fonctions et les tâches entre prestataires de soins.

03.03 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, j'ai également reçu un courrier venant de l'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB) et reprenant certains points d'attention à la suite du projet de loi relatif à la collaboration avec les hôpitaux faisant partie des réseaux cliniques locorégionaux.

Nous sommes conscients du fait que la réforme que nous proposons provoque d'importantes répercussions sur toutes les parties concernées. Lors de la préparation du projet, nous avons pris largement le temps de discuter avec de nombreuses parties prenantes.

Les missions des réseaux consistent, en premier lieu, à définir la stratégie médicale en ce qui concerne les missions locorégionales et la collaboration avec les points de référence. La définition de cette stratégie aura également un impact sur la politique d'investissement des hôpitaux qui, dans la plupart des cas, dépend des honoraires des médecins.

Le projet de loi relatif aux réseaux cliniques locorégionaux reflète différents aspects de la loi actuelle sur les hôpitaux. La fonction de médecin-chef et l'existence d'un conseil médical font partie de la législation organique depuis longtemps. La loi sur les hôpitaux ne fait mention d'aucun conseil de l'art infirmier.

La critique formulée par l'UGIB porte donc sur la législation existante relative aux hôpitaux et non sur le projet de loi relatif aux réseaux.

De plus, étant donné que les soins au patient restent une mission de l'hôpital individuel, il serait peu

judicieux de prévoir un département infirmier ou un directeur infirmier au niveau du réseau. Cependant, il n'est pas interdit de créer un conseil consultatif spécifiquement consacré à l'art infirmier au niveau du réseau. Sachez qu'il ne sera toutefois pas ancré dans la loi.

Enfin, je souhaite souligner que j'ai veillé à inclure une expertise pour les soins de santé au sein des organes de gestion du réseau. Conformément au projet de loi approuvé par le Conseil des ministres en première lecture, au moins un tiers de l'organe de gestion du réseau hospitalier clinique locorégional doit être composé de membres disposant d'une expertise spécifique pour les soins de santé. Il vaut mieux éviter que ces personnes soient reliées à l'un des hôpitaux du réseau, afin de garantir l'autonomie nécessaire à la prise de décision.

Je pense sincèrement que le fait d'inclure une expertise en art infirmier dans la gestion aura un impact plus important sur la prise de décision médicale réfléchie que le fait de prévoir une représentation des intérêts des infirmiers au niveau du réseau. Il existe déjà suffisamment de mécanismes et d'organes pouvant assumer cette représentation dans le domaine du droit du travail.

03.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je relayerai vos propos aux infirmiers. À mon avis, ils ne seront pas satisfaits et je peux les comprendre.

Consulter les médecins et les fédérations d'hôpitaux était évidemment incontournable, mais cela ne vous empêchait pas d'effectuer une démarche visant à assurer une représentation pour les infirmiers, dont le rôle est de plus en plus important dans et en dehors de l'hôpital.

Vous auriez pu, à tout le moins, avoir également cette attention et prendre connaissance des enjeux.

Je prends bonne note que vous renvoyez la chose vers les hôpitaux. C'est décevant d'autant que, comme vous le savez aussi bien que moi, si vous désirez que les réseaux soient une réussite, il faut éviter toute situation de fermeture d'unités dans les hôpitaux. S'ensuivrait un effet en cascade de perte d'emplois au niveau du personnel de ces unités. C'est un risque évident.

Je vous remercie pour votre réponse, même si je vous avoue que je la trouve globalement très décevante.

03.05 Maggie De Block, ministre: Votre réaction est calquée sur celle des syndicats qui prétendent qu'il n'y aura plus de travail dans les soins de santé. Étant donné que vous connaissez toutes les études sur ce sujet, vous savez très bien que le nombre de personnes travaillant dans le domaine des soins augmentera dans les années à venir.

Hou mij hier op dit niveau niet bezig met pamfletten en slogans, die kan ik op de straat ook horen.

03.06 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous dites que je pense qu'il n'y aura plus de travail dans les soins de santé. S'il y a bien quelqu'un qui connaît un peu la réalité des hôpitaux, c'est moi!

Par ailleurs, potentiellement une maternité et une salle d'urgences sur deux vont fermer. Ne venez pas dire ici qu'il n'y aura pas possiblement un impact direct sur ces unités, et donc sur ces infirmiers. Évidemment, ils vont peut-être retrouver un travail ailleurs. Mais la réalité, c'est aussi celle-là!

J'en ai marre qu'on se retranche derrière des images pour ne pas parler vrai. Il faut parler vrai au personnel des hôpitaux. Il faut également parler vrai aux patients. C'est la réalité. C'est aussi la vôtre. Assumer ses responsabilités, c'est aussi ne pas mentir et assumer pleinement, en concertation avec eux, des réalités futures qui ne seront pas faciles. Je vous remercie.

03.07 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, het woord "liegen" kan hier geschrappt worden. Mevrouw Fonck, ik lieg niet. Er zijn continu contacten op mijn kabinet met alle betrokken organisaties. Contacten hebben en luisteren, wil niet zeggen "doen wat zij willen". Overleg is één zaak, de pen laten vastnemen door de syndicaten is een andere zaak. Ik lieg er niet over, ze worden allemaal gehoord en er wordt ook naar hen geluisterd.

U vraagt een vertegenwoordiging op het niveau van de netwerken. Mevrouw Gerkens zei het reeds. Wat dan met de kinesisten? Wat dan met de verzorgenden? Wat dan met de mantelzorgers? Dan gaan wij een Chinees leger maken op het niveau van het netwerk. Als u zo de vis wilt verdrinken, bent u goed bezig.

03.08 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, vous avez dit avoir parlé aux nombreux acteurs concernés. Mais vous ne parlez pas des infirmiers et des infirmières. Si vous avez rencontré ces derniers au sujet des réseaux, ce serait bien de le dire. Vous n'en faites pas mention dans votre réponse.

Il est vrai que leurs revendications concernant leur implication dans la gestion, la vision, les stratégies et les projets stratégiques des hôpitaux ainsi que dans l'organisation et la répartition des budgets sont antérieures. Cependant, l'organisation des réseaux était justement l'occasion de revoir les choses puisque cette question va de pair avec une autre manière de financer les hôpitaux. Je pensais que l'objectif était également de diminuer le lien direct entre prestations et financement de l'hôpital. Mais, dans votre réponse, vous dites ne pas vouloir les impliquer dans les organes décisionnels ...

03.09 Maggie De Block, ministre: Au niveau des réseaux.

03.10 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Or, il y a une vision globale car il y a des hôpitaux de référence, des hôpitaux experts, des hôpitaux de proximité.

03.11 Maggie De Block, ministre: (...)

03.12 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): D'accord. Il y aura donc des services. Mais s'il y a bien une catégorie de professionnels de la santé qui sont transversalement présents partout, ce sont les infirmiers et les infirmières. Ce sont les seuls. Ce faisant, cela vaut la peine de réfléchir avec eux.

03.13 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, si la ministre n'a pas répondu à la question de savoir si elle les a vus ou non, c'est qu'elle ne les a pas rencontrés.

Je me suis renseignée et je sais que vous ne les avez pas vus, madame la ministre.

Cela dit, madame la ministre, pour ce qui concerne les réseaux, vous parlez toujours du volet de la représentation dans les hôpitaux. Mais il n'y a pas que ce volet. Les réseaux auront un impact majeur sur l'organisation des soins de santé ainsi que sur toute une série d'unités. J'ai cité les services d'urgences et les maternités, mais je pourrais vous énumérer une liste bien plus longue.

Oui, il est normal et responsable, en tant que ministre de la Santé, d'avoir des contacts avec les infirmiers et les infirmières pour voir comment, demain, on fera évoluer l'ensemble de la profession infirmière pour que, à un moment donné, les choses évoluent aussi potentiellement en matière d'emploi avec du *shift* vers l'ambulatoire, du *shift* vers les équipes à domicile, etc. Mais ne pas affronter la réalité, à savoir la potentielle perte d'emplois dans les hôpitaux, n'est pas acceptable. Il vous revient donc d'en discuter avec les infirmiers et les infirmières ainsi qu'avec les représentants syndicaux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nouvelle classification de fonctions des infirmiers" (n° 24948)

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les craintes des infirmiers concernant la réforme des fonctions hospitalières" (n° 25061)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la classification de fonctions et les barèmes des infirmiers (ères) en hôpital" (n° 25598)

- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre de la nouvelle classification des fonctions IFIC" (n° 25654)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la classification de fonctions et les barèmes des infirmiers(ères) en milieu hospitalier" (n° 25790)

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe functieclassificatie voor verpleegkundigen" (nr. 24948)

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bezorgdheid van de verpleegkundigen met betrekking tot de hervorming van de ziekenhuisfuncties" (nr. 25061)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de functieclassificatie en de barema's voor ziekenhuisverpleegkundigen" (nr. 25598)
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van de nieuwe IFIC-functieclassificatie" (nr. 25654)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de functieclassificatie en de barema's voor ziekenhuisverpleegkundigen" (nr. 25790)

04.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, ce dossier ne date pas d'hier. Il y a eu un nouvel accord social, important et positif, qui concerne le personnel des institutions de soins de santé publiques et privées. Aujourd'hui, dans un premier temps, c'est le privé qui est concerné avec le fameux modèle IFIC (Institut de Classification de Fonctions) au niveau de l'évolution des salaires et des barèmes qui se fera en fonction du travail presté et pas seulement en fonction du diplôme.

La FNIB (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique) vous a écrit. Les kinés et les pharmaciens se sont également manifestés.

Il y a aujourd'hui un travail de transposition dans les hôpitaux privés et associatifs et les incertitudes, inquiétudes et insécurités sont majeures. Une série de questions se posent également sur les différences de traitements pour les personnes qui sont concernées.

Si le fait d'avoir dégagé une enveloppe est un élément positif, il y a des inquiétudes et des craintes importantes au sujet de la transposition.

Madame la ministre, compte tenu de ces incertitudes, quelles réponses pouvez-vous apporter en ce qui concerne la méthode, l'accompagnement et le volet pédagogique pour éclairer et, si nécessaire, adapter certains points de cet accord?

04.02 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, la Fédération Nationale des Infirmières de Belgique (FNIB) a récemment relayé les inquiétudes du personnel infirmier concernant la nouvelle classification des fonctions et la nouvelle grille des barèmes et niveaux salariaux prévue par la réforme des fonctions hospitalières, appliquée dans les hôpitaux privés depuis le 1^{er} janvier – et qui devrait l'être dans les hôpitaux publics d'ici quelques semaines.

Plusieurs éléments de cette réforme ont suscité des réactions négatives et de nombreuses questions dans le chef de la FNIB. Parmi celles-ci, le fait que la nouvelle classification des fonctions IFIC se base à présent sur un ensemble de six critères généraux sans plus tenir compte des titres, diplômes et niveaux d'études, ce qui a tendance à dévaloriser, selon elle, les compétences professionnelles générales. Ainsi, indépendamment des diplômes, titres ou qualifications obtenus, si les infirmiers d'un secteur effectuent la même fonction, avec la réforme, leur salaire sera équivalent.

Un autre grief mis en avant est le fait que les associations professionnelles n'aient pas été concertées et impliquées dans le processus de préparation de cette réforme.

Relevons encore, concernant les primes pour titres professionnels particuliers et les qualifications professionnelles particulières, qu'il aurait été décidé que plus personne ne pourra entrer dans le système de primes dès mai de cette année, avec pour conséquence que les primes ne seraient donc plus financées pour les nouveaux infirmiers spécialisés, quelle que soit la spécialisation.

Madame la ministre, on constate que votre rhétorique selon laquelle vous œuvrez pour maintenir des soins de santé de qualité en valorisant les professions des soignants est une fois de plus mise à mal. Je me permets dès lors de relayer les questions légitimes du secteur infirmier impacté négativement par cette réforme des fonctions hospitalières.

Pouvez-vous nous fournir des informations précises concernant la méthodologie suivie pour la réalisation de la réforme ainsi que les personnes et associations consultées? Pouvez-vous argumenter sur les raisons qui vous ont poussée à ne pas impliquer les associations professionnelles telles que la FNIB dans le processus?

Comment justifiez-vous que les diplômes et titres ne soient plus pris en compte dans la nouvelle classification IFIC?

Dans la réforme, chaque fonction est décrite suivant une série de critères auxquels des barèmes ont été attribués. Or il apparaît que des fonctions existantes ont été omises? Comment expliquez-vous cela? À quelle échéance seront-elles ajoutées?

Il apparaît que les infirmiers chefs d'unité auront une fonction différente et donc un salaire différent selon que l'unité qu'ils dirigent est grande ou petite. Pouvez-vous expliciter ces notions de grande ou de petite unité? Sur quelle base la taille d'une unité sera-t-elle définie?

Enfin, madame la ministre, pouvez-vous nous dire si les étudiants qui seront diplômés en juin prochain obtiendront leur TPP/QPP?

04.03 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, comme vous le savez sans doute, la mise en oeuvre de cette nouvelle classification des fonctions dans les secteurs fédéraux inquiète. Le Front commun syndical a attiré notre attention sur plusieurs sujets d'inquiétude, dans un courrier daté du 14 mai dernier et dont vous avez reçu copie.

En résumé, les syndicats expliquent qu'ils n'ont à ce jour aucune garantie sur la libération des budgets nécessaires à l'application des barèmes IFIC dans les prochaines années. Ils dénoncent également l'absence d'arrêtés, de cadastre et de décisions sur les aspects budgétaires pour les primes pour titres et qualifications particulières.

Ils dénoncent aussi certaines contre-vérités et affirment que le travailleur ne choisira de passer dans le barème IFIC que si ce dernier est plus favorable. Or, lors de l'audition des représentants des psychologues en commission le 16 mai dernier dans le cadre de la réforme des professions de soins de santé, le représentant du Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen a annoncé des recours massifs dans son secteur car la nouvelle classification implique une diminution de salaire de l'ordre de 10 à 15 %.

Madame la ministre, pouvez-vous clarifier la situation? Où en est la mise en oeuvre de la nouvelle classification des fonctions dans les secteurs fédéraux de la santé?

Confirmez-vous que le travailleur pourra choisir de ne pas adhérer au barème IFIC si ce dernier est moins favorable que son barème existant?

De manière générale, quelles dispositions ont-elles été prises en matière de communication à propos de cette réforme? Le site de l'IFIC comporte certes des informations utiles mais comment s'est-il fait connaître des principaux intéressés?

Que répondez-vous aux syndicats qui expriment leurs inquiétudes à propos des budgets nécessaires à la mise en oeuvre de la réforme? Pouvez-vous leur donner des garanties? Qu'en est-il des décisions relatives aux primes pour titres et qualifications particulières?

04.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question sera plus courte vu tout ce qui a déjà été dit.

Nous avons effectivement été contactés par l'ensemble des fédérations des infirmiers et infirmières, en tout cas des organes les rassemblant, qui ont exprimé leurs inquiétudes sur les conséquences négatives de cette classification des fonctions relatives aux missions, fonctions et barèmes du personnel infirmier. Il est vrai que vous aviez dit, à un moment donné, que vous alliez organiser les choses autrement.

Nous avons également été contactés par les syndicats qui ont négocié les accords qui ont abouti à ces classifications IFIC. Ils nous ont dit que le système proposé était le bon système.

Au cours des auditions relatives aux professionnels des soins de santé, les représentants des psychologues cliniciens hospitaliers nous ont indiqué que la classification IFIC ne reprenait pas certaines fonctions, qu'elle ne correspondait pas toujours à la réalité et que les barèmes n'étaient pas adaptés. Bref, plusieurs critiques ont été émises, sans pour autant aller nécessairement dans le même sens.

Madame la ministre, pourriez-vous nous informer des conséquences de cette classification? Plus précisément, quels en seront les impacts à court et long termes sur les barèmes et évolutions de carrière.

De même, quels en seront les inconvénients et les avantages?

Il me semble que, le 30 mai, vous avez rencontré les syndicats et les représentants des fédérations des infirmiers et infirmières. Avez-vous abouti à une position claire et commune?

04.05 Maggie De Block, ministre: Mesdames Fonck, Gerkens et Caprasse, monsieur Senesael, comme vous, j'ai pris connaissance des préoccupations de la Fédération nationale des infirmières de Belgique et d'autres organisations professionnelles. Entre-temps, elles ont été communiquées aux partenaires sociaux.

Je confirme que nous n'avons pas attendu leurs réactions pour organiser, en date du 30 mai, une concertation au sein de ma cellule stratégique avec l'ASBL IFIC et l'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB) - la structure faîtière dont fait partie la Fédération nationale des infirmières de Belgique. Tous les points posant problème à la profession d'infirmier ont été abordés.

Ensuite, et à notre demande, ils ont aussi changé la rubrique "questions-réponses" sur leur site internet pour mieux répondre aux interrogations du public.

Je souhaite à présent expliquer en quoi consiste véritablement le modèle IFIC. Il s'agit d'un modèle salarial négocié qui a été développé sur la base d'une concertation entre les employeurs et les employés au sein de la commission paritaire. Son caractère novateur est attesté par le fait que les employés seront payés en référence au contenu et au poids de leur fonction, et non plus uniquement selon le critère du diplôme. En outre, l'évolution de leur salaire au cours de leur carrière sera nettement moins influencée par le principe de l'ancienneté.

Par conséquent, leur salaire de départ sera plus élevé. Cela correspond parfaitement au déploiement de l'IFIC, comme le prévoit l'accord de gouvernement, en vue d'améliorer le caractère attrayant des jobs dans le secteur des soins.

Pour réduire la tension salariale existante, les partenaires sociaux ont notamment choisi d'intégrer les primes TPP (titre professionnel particulier) et QPP (qualification professionnelle particulière) des infirmiers et infirmières dans les barèmes de base.

En outre, le système de primes existant sera supprimé. Cette décision a été prise en concertation avec les partenaires sociaux et fait partie de l'accord social et des conventions collectives de travail que les partenaires sociaux ont conclus en exécution de cet accord. Évidemment, les montants nécessaires au financement de ce système ont aussi été approuvés par le gouvernement. Ils figurent dans les tableaux.

Lors de l'introduction de l'IFIC, il a été décidé qu'on ne peut en aucun cas toucher aux droits acquis. Aucun membre du personnel ne peut voir sa situation se détériorer du fait d'être passé au système IFIC. Dans cet ordre d'idées, les infirmiers et infirmières qui avaient droit à une prime la conservent. Dans un premier temps, cette catégorie d'employés ne pourra pas passer dans le système IFIC. Ces employés conserveront leur ancien barème salarial, y compris la prime TPP/QPP.

La classification est en cours d'implémentation depuis janvier 2018. Tous les travailleurs en service ont reçu les informations concernant leur fonction et leur niveau salarial potentiel au 30 avril et disposent de deux mois - jusqu'au 30 juin -, pour l'introduction éventuelle d'un recours.

Le travailleur actuellement en service peut opter pour le maintien de son barème actuel ou pour la classification IFIC, à l'exception des infirmiers porteurs d'un titre professionnel particulier (TPP) ou d'une qualification professionnelle particulière (QPP). Les nouveaux employés entreront, quoi qu'il en soit, dans le système IFIC qui est plus avantageux pour eux. Les nouveaux salaires de la première phase seront payés en juillet.

L'IFIC est un système évolutif. Une phase d'entretien intensif démarrera à l'automne 2018. Dans ce cadre, il est prévu de mettre à jour les fonctions, d'une part en ajoutant les fonctions manquantes, et d'autre part en actualisant les profils existants.

Une attention toute particulière sera accordée à l'apport du terrain. En effet, le feed-back que les partenaires sociaux et l'ASBL IFIC reçoivent actuellement, notamment par l'intermédiaire des différentes organisations professionnelles, sera intégré dans la phase d'entretiens.

De notre côté, nous transférons toujours par mail à l'ASBL IFIC les remarques individuelles de citoyens, d'infirmiers et d'infirmières et de psychologues qui nous parviennent et nous leur demandons de répondre.

Enfin, je souhaite également signaler que la possibilité de déployer l'IFIC dans le secteur public est actuellement examinée, comme demandé lors de la négociation de l'accord social.

04.06 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je voudrais vous poser deux questions. Que signifie le fait de déployer l'IFIC dans le secteur public? Y a-t-il déjà un calendrier? Y a-t-il encore un point d'interrogation ou est-ce décidé d'office?

04.07 Maggie De Block, ministre: Nous avons également demandé une étude préalable. C'est la raison pour laquelle nous avons déjà prévu un budget cette année-ci. Pour le déploiement de l'IFIC dans le secteur privé, une étude préalable était aussi prévue.

04.08 Catherine Fonck (cdH): Je vous remercie pour ce complément de réponse.

Je voudrais vous rendre attentive à un élément. La question des modalités de concertation en amont interpelle. Les questions de transposition sont très compliquées. Je vous assure que c'est extrêmement difficile au sein des hôpitaux. Je savais qu'il n'y avait pas d'obligation, et vous venez de me le confirmer. Cela m'avait été répété par plusieurs sources. Une série de questions subsiste. Il semble que des fonctions qui existent aujourd'hui ont été oubliées ou volontairement mises de côté. La question reste entière, mais cela présente un impact pour le personnel concerné.

Je voudrais attirer votre attention sur deux éléments. D'abord, il conviendrait de savoir ce qu'il en est des fonctions existantes et aujourd'hui oubliées. Seront-elles éventuellement ajoutées? Ce serait assez logique selon moi. Plutôt que provoquer des recours in fine, il vaudrait peut-être la peine, dans un ou deux mois, de faire un état des lieux de ces fonctions "oubliées". Une discussion pourrait alors avoir lieu avec le gouvernement et les partenaires sociaux afin de trouver des solutions.

En effet, vous aborderez ensuite le volet du secteur public.

En même temps, ce sont des fonctions identiques, qu'il s'agisse d'hôpitaux privés ou publics; l'exercice de ces missions au sein de l'hôpital est le même. Il faudrait donc aussi éviter, dans un deuxième temps, que l'on modifie ces profils pour les hôpitaux publics et qu'on se retrouve avec deux poids et deux mesures, par exemple pour les infirmiers ou toute autre fonction de soignant; un deux poids, deux mesures très différent dans le système IFIC des hôpitaux privés et le système IFIC des hôpitaux publics.

Je vous incite dès lors, madame la ministre à faire un état des lieux, peut-être d'ici un mois ou deux, avec les hôpitaux privés afin d'ajuster ce qui devrait l'être. Autant éviter des recours, me semble-t-il, dans une dynamique positive et constructive avec les soignants.

04.09 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, j'ai quatre éléments à vous soumettre. Je voudrais d'abord vous remercier pour votre réponse très pédagogique. Nous avons bien retenu les différents éléments de votre réflexion et la manière dont vous souhaitez avancer.

Deuxièmement, j'avais inclus dans ma demande la question du public. Il est vrai que dans mes lectures et les contacts que j'avais eus au mois d'avril, on parlait de deux à quatre mois. À présent, vous dites qu'il y a une étude en cours et qu'aucune échéance précise n'a encore été déterminée. Il serait évidemment intéressant de connaître cette échéance au plus vite.

J'en viens au troisième point. Comme l'a également pointé ma collègue, il y a quand même des craintes, il y a quand même de l'inquiétude. Pour les apaiser, il faut privilégier une bonne communication.

Cela me conduit au quatrième élément. Selon vous, un recours peut être introduit jusqu'au 30 juin. Mais simultanément, vous dites que l'IFIC est évolutif et que l'on pourra donc y ajouter les fonctions manquantes. Il serait tout de même intéressant que l'on puisse connaître avant le 30 juin, pour éviter une série de recours, tous les éléments d'information.

Comme vous le dites très bien, on peut poser les questions, transmettre les remarques qui sont analysées

par l'IFIC. Il faudrait, à mon humble avis, une meilleure communication en la matière pour éviter les écueils que l'on rencontre, qui sont parfois amplifiés et pas nécessairement pertinents.

Je vous invite, avec vos collaborateurs, avec l'IFIC, à recadrer la communication, de sorte qu'elle soit plus particulière et surtout mieux ciblée.

04.10 Véronique Caprasse (DéFI): Je vous remercie, madame la ministre, pour vos réponses. Par rapport aux questions que je vous ai personnellement posées, j'ai bien entendu des réponses satisfaisantes.

Je mets toutefois l'accent sur la communication pour éviter tout malentendu ou toute dérive dans le futur. Je pense que c'est très important.

04.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, les rencontres et les discussions semblent se dérouler plus concrètement qu'au moment où nous avons été interpellés.

Madame la ministre, ai-je bien compris votre réponse? Vous dites qu'à partir de juillet-septembre, un système d'évaluation permanente sera mis en place pour identifier si des fonctions sont manquantes ou si des adaptations sont nécessaires, de manière à ce que le modèle proposé réponde aux réalités du terrain ou à corriger les éléments non adéquats présents dans le modèle.

Je m'étonne de la difficulté d'avoir, dans les structures hospitalières tant privées que publiques, à la fois des partenaires sociaux qui représentent toutes les catégories de professionnels et des prestataires de soins, quelle que soit leur catégorie, ayant des spécificités dans leur métier, leur qualification, leur évolution de carrière. Ce n'est pas la même chose que pour du personnel administratif ou ouvrier dans ces mêmes hôpitaux. À cet égard, madame la ministre, avez-vous vraiment le sentiment que le modèle négocié par les partenaires sociaux rencontre les préoccupations des différents prestataires de soins dans leur catégorie, même s'il faut éviter d'avoir un regard étroit ou ciblé que chacun peut avoir dans son métier plus spécifique?

04.12 Minister Maggie De Block: Madame Fonck, vous avez posé une question sur les concertations.

Welnu, driemaandelijks is er een structureel overleg gepland met de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België, een koepelorganisatie waarin onder andere de vijf grootste beroepsorganisaties voor verpleegkundigen zijn vertegenwoordigd. Er werden extra vergaderingen gepland op onze beleidscel in aanwezigheid van de vzw IFIC, opgericht om de communicatie te verzorgen na het sociaal overleg. Het jongste overleg vond plaats op 29 maart. Op 30 mei hebben wij een intermediaire vergadering gehouden. Het volgend overleg is eind deze maand gepland. Alle knelpunten worden opgelijst. Als er functies vergeten zijn, dan werd ons verzekerd dat die opgenomen zullen worden. Er vindt continu contact plaats met de beroepsorganisaties.

Toen wij klachten kregen over onduidelijke communicatie op de website, hebben wij direct ook contact opgenomen met de vraag om de website aan te passen en ervoor te zorgen dat de keuze die de mensen moeten maken, duidelijk is.

Wij hebben ook vernomen dat de ziekenhuizen aan de verpleegkundigen niet altijd duidelijk gemaakt hebben dat zij, wanneer zij het beroep reeds uitoefenen, de keuze hebben om al dan niet in de IFIC-classificatie te stappen, naargelang dat voor hen al dan niet interessanter is.

Er vindt heel veel overleg plaats met de beroepsorganisaties. De communicatie gebeurt niet op het niveau van de beleidscel, maar wel door de daarvoor opgerichte vzw IFIC. De beroepsorganisaties van verpleegkundigen wensen ook deel uit te maken van het sociaal overleg, maar in dat verband kunnen wij niet interveniëren. Wij kunnen de sociale partners namelijk niet opdragen wie zij moeten opnemen in het overleg. Ik kan alleen de intermediaire figuur spelen en dat doe ik dan ook, door de beroepsorganisaties en de vzw IFIC samen rond de tafel te brengen. Zij willen duidelijk een stap verdergaan en deel uitmaken van het sociaal overleg, maar daar kan ik niet voor zorgen, daar moeten zij zelf de grootste pleitbezorger van zijn.

Enkele leden hebben om duidelijkere communicatie gevraagd.

Madame Caprasse, vous me demandez de communiquer plus clairement mais je ne suis pas responsable de la communication. Certes, je dispose de réponses à vos questions. Mais c'est l'ASBL IFIC qui prétend ne

pas savoir, qui dit que le site web est en *follow up*, etc.

Ils ont procédé à des adaptations et nous les ont envoyées. Nous avons chargé quelqu'un de vérifier la correspondance des communications par rapport à ce qui nous est relaté du terrain.

C'est nouveau et tout ce que j'ai fait, c'est chercher les montants nécessaires. Lorsque nous avons débuté les concertations sur l'accord social, seul le secteur privé avait fait la demande de l'IFIC mais, par après, le secteur public en a lui aussi fait la demande, ce qui nous a pris par surprise. Alors, nous avons réalisé qu'il fallait une étude préalable rapidement pour éviter qu'il y ait des différences plus importantes (puisque ce système engendre des différences), ce que Mme Fonck affirme également.

La communication n'est pas de notre responsabilité mais de celle de l'ASBL IFIC.

Les hôpitaux sont surchargés de travail avec le calcul de ces différentes sortes de paiement des infirmiers et autres. Les discussions se sont étalées sur 10, 12 ou 15 ans, ce qui a engendré une sorte de suspens. Néanmoins, après le départ des représentants des infirmiers et infirmières, de nombreux points ont été éclaircis pour ce qui les concerne et nous continuerons avec cette méthode de travail.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "asbest in cosmetische producten" (nr. 24857)

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "asbest in producten en gebouwen" (nr. 25113)

05 **Questions jointes de**

- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence d'amiante dans des produits cosmétiques" (n° 24857)

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence d'amiante dans des produits et bâtiments" (n° 25113)

05.01 **Els Van Hoof** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de FOD Volksgezondheid heeft in twee make-upproducten van winkelketen Claire's asbest aangetroffen. Eerder werd ook al in Nederland en in de Verenigde Staten in producten van Claire's asbest gevonden. In ongebonden vorm is asbest gevaarlijk voor de volksgezondheid. Volgens de deskundigen van Volksgezondheid was het risico veeleer laag omdat de cosmetica slechts lage concentraties asbest bevatten.

Asbest komt vrij bij de winning van de talk die gebruikt wordt voor de producten. Het is volgens Europese richtlijn 1223/2009 echter verplicht om altijd asbestvrij talkpoeder te gebruiken voor cosmetische producten. In Nederland zijn de Inspectie Leefomgeving en de Voedsel- en Warenautoriteit een breder onderzoek begonnen naar allerlei andere talkhoudende producten zoals babypoeder. Volgens woordvoerder Jan Eyckmans overweegt de FOD Volksgezondheid om ook een onderzoek te starten.

Ik heb hierover enkele vragen. Ten eerste, is er ondertussen beslist om vanuit de FOD een onderzoek te starten naar de aanwezigheid van asbest in andere talkhoudende producten? Zo ja, is dat onderzoek al van start gegaan of wanneer zal het starten? Wanneer verwacht u de eerste resultaten?

Ten tweede, de Europese richtlijn is duidelijk. Het is verboden om talkpoeder met asbest te gebruiken voor cosmetische producten. Welke sancties worden er opgelegd aan de bedrijven die niet in regel zijn? Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat er in de toekomst geen asbesthoudende cosmetische producten meer verkocht worden? Is extra info over de richtlijn voor cosmetische producten nodig voor de betrokken bedrijven maar ook voor de burgers?

05.02 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij deze vraag. Als het over asbest gaat, is dit een terugkerend debat. Toevallig gaat het nu over kindermake-up van de keten Claire's, maar in de tien dagen voordien lazen wij in de kranten vier berichten over het feit dat asbest opnieuw de kop opsteekt, onder meer in scholen. Ik weet wel dat Vlaanderen voor de verwijdering daarvan verantwoordelijk is, maar het probleem bleek veel groter dan gedacht. De week voordien werd ook bekend dat arbeiders van de NMBS mogelijk in contact waren gekomen met asbest in verf op honderden oude

goederenwagens. Ook daaromtrent is er achteraf niet veel duidelijkheid gekomen over de mate waarin dat klopt noch over de stappen die zijn genomen. Er zijn ook een aantal branden geweest, onlangs nog, met asbestgevaar.

Daarna kwamen de berichten over sporen van asbest in kindermake-up. Dat spreekt natuurlijk helemaal tot de verbeelding. Collega Van Hoof heeft terecht gezegd dat het weliswaar over zeer kleine concentraties gaat, maar toch blijft asbest een sluipmoordenaar die wij liever niet zien opduiken in dergelijke zaken.

Vandaar mijn vraag of het onderzoek er inderdaad is gekomen, zowel met betrekking tot de NMBS als tot de make-up van de keten Claire's? Zo ja, wat is het resultaat ervan?

Welke boodschap geeft u aan de personen die ermee in contact zijn gekomen?

05.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Hoof en mevrouw Van Peel, na de berichten uit de Verenigde Staten en uit Nederland dat er asbest werd gevonden in de make-up van de keten Claire's, hebben mijn diensten van de FOD Volksgezondheid eind maart analyses uitgevoerd op bepaalde verdachte producten. In twee make-upproducten werd asbest aangetroffen.

Op vraag van de Nederlandse en de Belgische inspectiediensten heeft de keten Claire's eind maart alle producten uit de rekken genomen. Het Europees hoofdkwartier van Claire's, in het Verenigd Koninkrijk, coördineerde deze actie. De dienst Inspectie van Consumptieproducten van de FOD Volksgezondheid heeft nadien enkele winkels bezocht om na te gaan of de producten effectief uit de handel waren genomen. Dat bleek het geval te zijn.

Er werden nog zes extra make-upproducten van de keten Claire's geanalyseerd. Daarbij werd opnieuw een kleine hoeveelheid asbest teruggevonden in twee make-upsetjes. Op verzoek van de dienst Inspectie van Consumptieproducten heeft Claire's ook deze producten uit de handel genomen.

De aanwezigheid van asbest zou te wijten zijn aan het gebruik van onzuivere talk. Zowel de Nederlandse als de Belgische inspectiediensten hebben een onderzoek bevolen naar de omvang van de asbestbesmetting bij Claire's. Dit onderzoek loopt nog.

Als verantwoordelijke moet Claire's instaan voor de veiligheid van haar producten, en beschikken over gedetailleerde informatie over de ingrediënten en over de traceerbaarheid van de producten. Ook over de talk moet Claire's dus de nodige informatie leveren, zowel wat de verschillende ingrediënten betreft als wat het eindproduct betreft.

Het is de fabrikant die aansprakelijk is voor de falende kwaliteitsopvolging en voor het in de handel brengen van mogelijk onveilige cosmetica. Het is dan ook de fabrikant die vervolgd kan worden en die een boete kan krijgen.

De Nederlandse autoriteiten maken op dit moment een evaluatie van de gezondheidsrisico's ten gevolge van het gebruik van de besmette make-upproducten. De resultaten hiervan zullen binnenkort worden bekendgemaakt. Ook mijn diensten van de FOD Volksgezondheid maken een evaluatie van dit specifiek dossier inzake Claire's. Zij zullen vervolgens een onderzoek voeren naar cosmetica met talk op de Belgische markt.

Wat de spoorwegen betreft, daar gaat het om verf die door de werkmannen werd gebruikt en waarvan inderdaad werd vastgesteld dat zij asbest bevatte.

Dit is de verantwoordelijkheid van zowel de producent van de verf als van zij die ze gebruiken en die de nodige voorzichtigheid aan de dag moeten leggen. Ik heb in dat verband een paar berichten gezien. Bij de spoorwegen werden die producten meteen verwijderd van de werkvloer. Quid evenwel met de dingen die daarmee werden geverfd?

Wij moeten waakzaam blijven. Er komt nu een onderzoek naar al wat gelieerd is met talkingrediënten. Ik meen dat het in dat opzicht aangewezen is om goed samen te werken, zowel met de Nederlanders als met de Engelsen. Als er twee doosjes in ons land zijn, zijn er ook elders. Samenwerking is dus nodig en dat doen wij.

05.04 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, uw diensten hebben een zeer alerte houding aangenomen en dat verdient felicitaties. Het is goed dat er een samenwerking is op Europees niveau en dat men zich niet beperkt tot een evaluatie van wat er nu is gebeurd, alsook dat de talkhoudende producten op de Belgische markt worden onderzocht. Wij kunnen u alleen maar aanmoedigen om die weg te vervolgen.

05.05 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb nog een vraag. In welke mate schat u in dat de volksgezondheid echt in gevaar is? Moeten ouders van kinderen die deze producten hebben gebruikt zich zorgen maken? Hetzelfde geldt ook voor de NMBS. Ik weet dat ook daarover discussie was hoelang dit al geweten was, terwijl de medewerkers wel met de verf zijn blijven werken. Werd er met hen gecommuniceerd inzake volksgezondheid?

05.06 Minister Maggie De Block: Het kan niet om dezelfde communicatie gaan, want het gaat over blootstelling aan twee verschillende producten. De Nederlandse autoriteiten onderzoeken het risico voor de volksgezondheid omdat het make-upproduct daar frequenter voorkwam. Ik meen dat het gaat om oogmascara en blush. Die talk zit ook niet in alle producten. Uiteraard mag zoiets niet voorkomen, maar volgens mij zal het resultaat nog wel meevallen.

Wij moeten contact opnemen met de spoorwegen, want zij staan niet rechtstreeks in verbinding met onze diensten; de communicatie gebeurt altijd *par personne interposée*.

In het kader van de veiligheid van de werknemers moet bekeken worden wat er moet gebeuren met de zaken die reeds geveerd zijn. Moet die verf eraf geschuurd worden? Dat zal dan waarschijnlijk wel moeten gebeuren met een beveiliging, want asbest komt net vrij als er beweging is. Er moet dus bekeken worden, met oog voor de veiligheid van de werknemers, wat er moet gebeuren met de zaken die reeds geschilderd zijn. Men heeft nu alle verf verwijderd en ervoor gezorgd dat ze niet meer kan gebruikt worden. Maar hoelang werd ze al gebruikt? Waarvoor werd ze gebruikt? Ik hoop dat de NMBS ook dat kluwen kan ontwarren.

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

La **présidente**: La question n° 24912 de M. Raoul Hedebouw est reportée à sa demande.

06 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les compléments alimentaires" (n° 24947)

06 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "voedingssupplementen" (nr. 24947)

06.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, ma question date déjà quelque peu. Le 27 mars dernier, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) publiait un communiqué dans lequel il faisait le point sur les teneurs maximales en nutriments autorisées pour les compléments alimentaires. Je ne vais pas vous lire la position dudit Conseil. Je ne peux pas imaginer que vous n'en ayez pas pris connaissance mais rappelons quand même que les compléments alimentaires ne sont pas des médicaments. Ils sont là pour compléter l'alimentation lorsqu'elle n'apporte pas les quantités suffisantes de nutriments nécessaires à la préservation d'une bonne santé. Il est vrai que par rapport à cela, il y a des différences fondamentales avec les médicaments.

Le CSS publie régulièrement des avis sur les teneurs maximales en nutriments que pourraient contenir les compléments alimentaires à notre époque afin d'être au plus près des besoins réels de différents groupes de la population et en tenant compte des effets escomptés et des quantités utiles à administrer.

J'ai pris connaissance d'une modification que vous avez récemment publiée de l'arrêté royal du 3 mars 1992 concernant la mise dans le commerce de nutriments et de denrées alimentaires auxquelles des nutriments ont été ajoutés. Vous en avez fixé les limites maximales de sécurité basées sur les apports maximums dénués de tout risque de toxicité puisque c'est évidemment cela que l'on vise.

Force est de constater que vous n'avez pas suivi les recommandations scientifiques du Conseil Supérieur de la Santé. En effet, ce nouvel arrêté royal a pour conséquence des situations très étonnantes. Je vais en évoquer trois.

Concernant la prise d'iode, le CSS estime que la dose journalière ne doit pas être supérieure en complément alimentaire à 100 µg par jour tandis que dans l'arrêté royal, vous avez permis des doses jusqu'à 225 µg par jour, alors que l'on connaît les risques en matière de troubles thyroïdiens.

Le deuxième exemple porte sur le fer. Le CSS conseille un apport maximal de fer de 15 mg par jour tandis que dans l'arrêté royal, vous l'avez fixé à 45 mg par jour. Avec une telle quantité, on n'est pas encore à la dose de médicament mais on s'y apparente.

Le troisième exemple est le chrome. Le CSS suggère un apport maximal de 50 µg par jour et l'arrêté royal fixe un seuil quasi quatre fois plus élevé avec une limite à 187,5 µg par jour alors que là aussi, on connaît les risques pour la santé. La présence dans les compléments alimentaires pourrait tromper le public quant à une prétendue efficacité pour la régulation des sucres et des graisses jugée infondée par les experts scientifiques.

Madame la ministre, vous n'avez pas suivi les recommandations (notamment concernant les teneurs maximales de sécurité) émises par le Conseil Supérieur de la Santé dans cet arrêté royal que vous avez modifié. J'en suis vraiment étonnée.

Pouvez-vous justifier ces dosages et ces apports bien plus élevés que les normes maximales proposées dans les recommandations du CSS, particulièrement pour l'iode, le fer et le chrome? Comment vous positionnez-vous par rapport aux recommandations émises par le CSS?

06.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, le Conseil Supérieur de la Santé a été invité à évaluer les risques potentiels liés à la prise de compléments de vitamines et de minéraux, tout en tenant compte des apports de l'alimentation classique. Une telle évaluation est indispensable pour fixer des limites maximales en nutriments au sein de l'Union européenne. Le CSS s'est focalisé sur des recommandations nutritionnelles, sans pouvoir toujours les assortir d'une évaluation scientifique des risques.

Les nouvelles teneurs maximales ont donc été fixées sur la base des données toxicologiques qui ont pu être rassemblées dans l'avis du CSS. Il ne s'agit bien entendu pas pour autant de doses de référence pour l'ensemble de la population. Les dosages doivent être adaptés aux situations individuelles, en tenant compte des conseils d'utilisation mentionnés sur chaque produit.

Pour rappel, nous faisons partie d'un marché unique européen comprenant 28 pays et dans lequel le principe de la libre circulation des marchandises mises légalement sur le marché est une règle importante. Dans ce cadre, nous ne pouvons fixer des limites maximales que si elles sont basées sur des risques pour la santé publique. Cet aspect a encore été confirmé dans l'arrêt de la Cour de justice européenne du 27 avril 2017, dans l'affaire C672/15.

Les conclusions de cet arrêt de la Cour de justice européenne sont les suivantes. Premièrement, la réglementation nationale doit prévoir une procédure de dérogation aux valeurs maximales prévues dans cette même réglementation pour les compléments alimentaires légalement fabriqués ou commercialisés dans un autre État membre. C'est le cas de la réglementation belge.

Deuxièmement, les quantités maximales de nutriments doivent être fixées sur la base des limites supérieures de sécurité établies à la suite d'une évaluation scientifique approfondie des risques pour la santé publique. Cette évaluation ne doit pas être fondée sur des considérations générales ou hypothétiques, mais sur des données scientifiques pertinentes. C'est le cas de la réglementation belge.

Troisièmement, les limites maximales de sécurité ne peuvent pas être uniquement fixées sur la base d'avis nationaux, si des rapports internationaux fiables et récents concluant à la possibilité de déterminer des limites plus élevées sont également disponibles au moment de l'adoption de la mesure concernée. C'est aussi ce que prévoit notre réglementation.

Dès lors, aucune autre considération que la sécurité sanitaire des compléments alimentaires – par exemple, les besoins nutritionnels – ne peut être prise en compte pour adopter une réglementation visant à fixer des limites maximales des nutriments.

Comme pour tous les compléments alimentaires, ceux qui contiennent de l'iode, du fer ou du chrome doivent être accompagnés d'instructions permettant leur utilisation sûre.

En ce qui concerne le fer, le CSS retient dans son avis 45 mg comme la teneur maximale acceptable dans des compléments alimentaires destinés à toute la population, tout en indiquant un besoin nutritionnel inférieur par la suite.

S'agissant du chrome, le CSS pose la question de son efficacité au regard de certaines allégations. L'Autorité européenne de la sécurité des aliments (EFSA) a confirmé sa contribution au métabolisme normal des macronutriments.

Les compléments alimentaires contenant des vitamines et minéraux et qui sont légalement mis sur le marché belge sont, sans aucun doute, sûrs. Leur sécurité ne peut pas être contestée. J'ajoute que tous les compléments alimentaires ne sont pas automatiquement visés par un critère de dose maximale.

Ensuite, je partage totalement l'avis du Conseil Supérieur de la Santé lorsqu'il conclut que les teneurs maximales en nutriments dans les compléments alimentaires ne sont pas adéquates à la population dans son ensemble et que les apports doivent donc être adaptés aux besoins de chacun.

Enfin, je prône avec mes services l'harmonisation européenne des limites en vitamines et minéraux.

06.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous avoue que ce dossier suscite beaucoup d'incompréhension de ma part. Ce n'est pas la première fois que je vous dis que vous choisissez de faire de l'*evidence-based* pour les dossiers qui vous conviennent alors que vous ne le faites pas pour d'autres.

Le Conseil Supérieur de la Santé est une instance scientifique reconnue en Belgique. Or, force est de constater que vous ne l'avez pas suivi. Et je vous avoue qu'après avoir entendu vos justifications, j'ai peine à vous suivre. En effet, des limites maximales doivent être fixées dans l'arrêté royal. Mais, en même temps, il y a un enjeu majeur quant à la préservation de la santé des citoyens qui relève de la responsabilité du ministre de la Santé.

Pour moi, les choses restent très nébuleuses lorsqu'il s'agit de savoir exactement pourquoi vous avez permis des doses aussi élevées dans les compléments alimentaires qui – je le répète – sont tout sauf des médicaments. Je vais continuer de chercher des explications et tenter de déterminer les raisons qui vous ont motivée, mais, à ce stade, subsiste, chez moi, beaucoup d'incompréhension.

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

La **présidente**: Les questions n^{os} 24950, 24952, 24954 et 25002 de Mme Catherine Fonck sont transformées en questions écrites.

07 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Spinraza" (nr. 24972)

07 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Spinraza" (n° 24972)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, Spinraza is reeds een tijdje beschikbaar in andere landen voor spinale musculaire atrofie, SMA. In dit land wordt het nog niet terugbetaald. Ik wilde even vragen naar de stand van zaken.

Ik heb gehoord dat dit geneesmiddel in een procedure zit en dat het voor terugbetaling in aanmerking zou komen via het project BeNeLuxA. Is dit juist? Hoe loopt dat precies?

Wanneer is dit dossier opgestart? Wat is de doorlooptijd? Wanneer mogen mensen een uitkomst verwachten?

07.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, eindelijk stelt u deze vraag, want op Twitter is iemand heel ongeduldig. Maar ik kan natuurlijk het antwoord op uw vragen niet op Twitter gooien vooraleer u uw vraag gesteld hebt. Dat is een kwestie van respect voor de Kamerleden. U zult dus aan die mensen moeten zeggen dat ik hun ongeduld begrijp, maar dat ik u niet kan passeren.

Voor Spinraza loopt inderdaad momenteel een terugbetalingsprocedure bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Of dit al dan niet in het kader van BeNeLuxA wordt behandeld, is een vertrouwelijk element van het dossier.

Vooraleer een geneesmiddel in aanmerking kan komen om opgenomen te worden op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, moet het farmaceutisch bedrijf dat het product commercialiseert in België een aanvraag tot opname op deze lijst indienen.

Dat is dan ook gebeurd. Op 12 januari 2018 kwam van het bedrijf Biogen een vraag tot terugbetaling van de specialiteit Spinraza. Die werd opgestart bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Na evaluatie van het dossier door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen zal ik op basis van het definitieve voorstel van deze commissie een beslissing nemen omtrent de eventuele terugbetalingsmodaliteiten en dit binnen de termijn van 180 dagen.

Dag 180 valt op basis van de indieningsdatum op 11 juli 2018. Deze wettelijke termijn van 180 dagen kan op vraag van het bedrijf verlengd worden met schorsingen. Aangezien deze procedure door een onafhankelijke commissie wordt gevoerd, en wij daarin dus niet tussenbeide kunnen komen, kan ik alleen zeggen wanneer deze procedure tot een einde moet komen.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt voor het antwoord, mevrouw de minister. Het is al heel lang wachten. Uit uw antwoord begrijp ik dat er binnen de maand eindelijk een uitkomst zal zijn voor deze patiënten.

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

La **présidente**: Les questions n^{os} 24983 et 24984 de Mme Isabelle Galant sont retirées.

08 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van een artificiële sfincter" (nr. 24994)

08 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'un sphincter artificiel" (n° 24994)

08.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, als er na het geheel of gedeeltelijk wegnemen van de prostaat incontinentie is ontstaan, legt het RIZIV een jaar wachttijd op voor men een operatief ingrijpen via het plaatsen van een artificiële sfincter terugbetaalt, teneinde de kinesitherapeutische behandeling alle kansen te geven. Dat klinkt logisch.

Half maart namen we echter kennis van een geval waarbij de arts had vastgesteld dat het om een onomkeerbaar probleem ging. Ondanks die vaststelling moest de patiënt ook een jaar wachten, want er zijn op die regel blijkbaar geen uitzonderingen. Naar aanleiding van dit concrete probleem liet u via de pers weten dat die wachttijd misschien wel aan herziening toe is, of dat er misschien gekeken moest worden naar mogelijke uitzonderingen.

Mevrouw de minister, wat is de stand van zaken? Is er ondertussen al beweging? Heeft het RIZIV de wachttijd opnieuw bekeken? Is er een concrete timing in dezen?

08.02 Minister Maggie De Block: Inderdaad, mevrouw Jiroflée, de criteria met betrekking tot de rechthebbenden opgenomen in de vergoedingsvoorwaarden bij verstrekking 154976-154980, de geïmplanteerde urinaire kunstsfincter, samengesteld uit een opblaasbare manchet, een pomp met controlesysteem en een reservoir, dat de druk regelt, werden besproken in het bureau van de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

Experten werden geconsulteerd en de historiek achter de criteria werd bekeken. Er werd een wachttijd van één jaar opgenomen in de vergoedingsvoorwaarden, zodat de arts en de patiënt voldoende tijd nemen om de mogelijke alternatieven toe te passen. Men is nog steeds van mening dat een wachttijd van een jaar relevant is om in voldoende tijd te voorzien om alle mogelijke alternatieven uit te testen, alvorens over te gaan tot de implantatie van zo'n kunstsfincter.

Verder beschrijft de literatuur eveneens dat de mate van continëntie kan evolueren tot meer dan een jaar na

de prostatectomie en dat conservatieve behandelingen steeds eerst moeten worden toegepast, gedurende een periode van twaalf maanden, alvorens een chirurgische ingreep te overwegen. Conservatieve behandelingen omvatten aanpassingen aan de levensstijl, maar ook oefeningen voor de bekkenbodemspieren, biofeedback, elektrische stimulatie en eventueel farmacotherapie.

De commissie zal van de bespreking in het bureau op de hoogte worden gebracht en kan dan eventueel beslissen om een verdere evaluatie uit te voeren en te bekijken of de criteria al dan niet moeten worden herzien. Ik denk bijvoorbeeld aan een situatie waarin van meet af aan al duidelijk is dat de conservatieve methodes voor de betrokken patiënt zeker niet zullen helpen.

Ik moet er ook nog op wijzen dat de sfincter zelf geen honderd procent garantie biedt, maar dat is een andere zaak. Het is een delicate operatie, zeker na chirurgie. De commissie zal zich daarover buigen en dan zullen we zien of we dat kunnen aanpassen.

08.03 Karin Jiroflée (sp.a): Kunt u een tijdpad daarvoor geven?

08.04 Minister **Maggie De Block**: Ik heb de macht om te vragen dingen te onderzoeken, maar niet om de agenda te bepalen. Ik begrijp het ongeduld, maar alles is dringend. Ik weet het niet, maar ik zal het navragen.

08.05 Karin Jiroflée (sp.a): Dat begrijp ik. Ik zal het na het reces opnieuw behandelen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 **Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vision d'avenir pour la kinésithérapie" (n° 25004)**

09 **Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomstvisie voor de kinesitherapie" (nr. 25004)**

09.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'essaie de voir dans quelle mesure vous avez respecté votre note de politique générale à travers différents sujets. Cette question s'inscrit dans ce cadre.

Lors des débats concernant cette note, vous précisiez que le secteur de la kinésithérapie est à la base des propositions qui ont été présentées lors des réunions de la task force. Cette task force a été créée à la suite du protocole d'accord qui a été convenu avec le secteur.

Madame la ministre, où en êtes-vous au sujet des recommandations émises par la task force, notamment en termes de modifications de la nomenclature? Pourriez-vous notamment nous éclairer sur le fait que "le besoin de traitement lié à la pathologie du patient pourrait être exprimé en unités de temps de traitement"? Ces points ont-ils été clarifiés? Pourriez-vous nous donner des précisions quant au "projet test, ciblé sur un groupe spécifique et une affection spécifique" que vous vouliez mettre en place afin de tester la faisabilité de ce nouveau concept?

Enfin, les kinés n'ont pas accès aux données eHealth du patient qu'ils prennent en charge. Pourquoi? Pourrait-on leur octroyer cet accès? Ce serait bien utile pour l'adaptation des traitements.

09.02 Maggie De Block ministre: Madame Fonck, les concrétisations des objectifs les plus urgents au regard des conclusions de la task force en kinésithérapie menée en 2017 ont été explicitement reprises dans la convention "kinésithérapeutes-organismes assureurs" conclue pour les années 2018 et 2019, notamment concernant le développement du dossier kinésithérapie électronique, le regroupement des modalités de remboursement sur la base des catégories de besoins de traitements et l'introduction des *time units*.

En ce qui concerne les recommandations de cette task force en termes de modification de la nomenclature, il a été demandé au Conseil technique de la kinésithérapie d'élaborer des propositions concernant un paquet de prestations et de groupes de patients qui rendent possible un modèle différencié des modalités de remboursement dans le cadre des pathologies lourdes ainsi qu'une limitation du nombre de codes de dépassement attestables en pathologie courante et d'en rendre possible le remboursement différencié. Un groupe de travail spécifique du Conseil technique de la kinésithérapie au sein de l'INAMI est en train d'étudier plusieurs pistes pour y arriver.

Il en est de même en ce qui concerne la liaison du besoin de traitement avec la notion d'unité de temps. Les kinésithérapeutes devraient pouvoir mettre en œuvre un nombre optimal d'unités de temps pour une situation pathologique de manière autonome pour le traitement du patient dans le cadre des informations médicales et des objectifs thérapeutiques que le prescripteur a communiqués. Le kinésithérapeute bénéficie à cet effet de davantage de flexibilité pour mettre en place le traitement dans le cadre de ses responsabilités. Ces unités de temps ne peuvent pas être trop courtes ou trop longues. Nous pensons par exemple à des unités de 15 minutes.

De tels éléments concrets doivent être définis de manière plus précise, mais il apparaît que cette nouvelle répartition de la prise en charge des traitements de kinésithérapie sera plus aisée à mettre complètement en place à partir du moment où l'enregistrement électronique des diagnostics et pathologies traitées sera rendu possible.

À nouveau, au sein des différents groupes de travail des organes compétents de l'INAMI, les discussions ont lieu afin de déterminer un groupe spécifique ou une affection spécifique qui pourrait servir de test pour la mise en œuvre de ce nouveau concept. C'est une mission importante. Nous allons analyser de manière approfondie toutes les propositions des représentants du terrain qui seront faites dans ce cadre.

Pour l'accès à la plate-forme eHealth, je dois poser la question mais je pense qu'il n'est pas encore possible d'octroyer cet accès à tous les acteurs du secteur des soins de santé. C'est un travail en cours.

09.03 Catherine Fonck (cdH): Je vous remercie pour vos réponses. J'espère que nous pourrions obtenir des avancées concrètes et positives concernant les différents aspects: recommandations, task force, nomenclature, unités de temps, projets tests ciblés sur un groupe et une affection spécifiques. Le fait que cela prenne un peu de temps ne me pose pas de problème, à condition d'arriver à concrétiser ce dossier de manière constructive avec le secteur, et que cela soit positif pour les patients et les kinésithérapeutes.

Concernant eHealth, vous me dites que vous allez poser la question. Puis-je considérer que cela sera fait – certes, pas demain matin – et que vous avez pris l'engagement pour qu'ils y aient accès dès que possible? Je parle uniquement des patients dont ils effectuent la prise en charge. Je ne demande pas un accès à toutes les données, mais uniquement à celles de leurs propres patients. Puis-je vous demander de prendre cet engagement?

09.04 Maggie De Block, ministre: Je vais demander pourquoi cela n'est pas encore le cas. Je ne sais pas si c'est faisable ou pas. Je sais que tout le monde n'a pas accès à la plate-forme eHealth, et qu'il s'agit d'un travail en cours. Je ne sais pas si cela est prévu. Je poserai la question et si c'est possible, ce sera fait.

09.05 Catherine Fonck (cdH): C'est important en matière de multidisciplinarité au domicile. Il s'agit ici essentiellement d'un accès concernant les patients à domicile. Je pense qu'à l'hôpital, ils ont directement accès au dossier. Cela peut vraiment constituer une plus-value pour les soignants et pour les patients. Ce serait dommage et abscons d'exclure certaines catégories de soignants.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Mme Catherine Fonck transforme ses questions n° 25005 et n° 25089 en questions écrites. La question n° 25406 de Mme Nathalie Muylle est également transformée en question écrite.

10 Questions jointes de

- **M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir des maisons médicales" (n° 25094)**
- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les maisons médicales" (n° 25332)**
- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les travaux du groupe de travail 'maisons médicales'" (n° 25597)**
- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la concertation relative aux maisons médicales" (n° 25645)**
- **Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les maisons médicales" (n° 25832)**

10 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de wijkgezondheidscentra" (nr. 25094)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wijkgezondheidscentra" (nr. 25332)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de werkgroep rond de wijkgezondheidscentra" (nr. 25597)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overleg over de wijkgezondheidscentra" (nr. 25645)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wijkgezondheidscentra" (nr. 25832)

10.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le moratoire que vous aviez imposé aux maisons médicales a été levé il y a quelques semaines suite à la présentation du rapport d'audit relatif au fonctionnement et à la structure de coûts des maisons médicales, un rapport qui, selon la presse, vous avait enfin convaincue de l'importance des maisons médicales dans l'offre générale de soins de santé. Cette importance, nous n'avons cessé de la promouvoir et, en particulier, pour les patients les plus fragiles. Suite à cet audit, un groupe de travail a été mis en place afin de formuler diverses recommandations pour améliorer le fonctionnement et le financement des maisons médicales.

Madame la ministre, parmi les points à améliorer ou à clarifier figurent une juste utilisation du financement par patient, le nombre de patients pouvant être pris en charge mais également les sources de financement ou la politique de désinscription. Les recommandations étaient attendues pour le 16 avril.

Pourriez-vous nous préciser qui composait le groupe de travail? Pourriez-vous également faire le point sur les recommandations émises? De quelle manière seront-elles suivies? Pouvez-vous nous confirmer que l'objectif est bien l'amélioration de la prise en charge des patients et non pas de faire de nouvelles économies à leur détriment? Si des économies sur certains postes devaient pouvoir être réalisées, pouvez-vous nous assurer qu'elles seraient réinjectées au sein de ces maisons médicales afin de leur permettre d'améliorer plus encore la prise en charge des citoyens, notamment des plus précarisés?

10.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, l'audit des maisons médicales a été déposé et il vous a été remis. Il contient toute une série de propositions. Il me semble que ce travail est à la fois constructif et consistant. Les recommandations sont faites.

Ma seule question est de savoir si vous avez l'intention de suivre les recommandations – intéressantes – de ce groupe de travail. J'en ai reçu le contenu. Je ne vous demanderai donc pas d'en expliciter le contenu.

10.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij de collega's. De werkgroep die bezig is met de wijkgezondheidscentra zou haar werkzaamheden in mei afronden. Nu de maand mei voorbij is, zou ik de concrete aanbevelingen of voorstellen uit de conclusies van die werkgroep willen kennen.

Welke van die voorstellen en aanbevelingen zult u meenemen en welke niet, om welke redenen wel of niet?

Zult u concrete stappen zetten om de voorstellen en aanbevelingen van die werkgroep in realiteit om te zetten? Met welke timing zal dat gebeuren?

Vanuit het werkveld heb ik begrepen dat er zich ook problemen voordoen met de commissie "forfait", die niet of niet meer zou samenkomen.

10.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vragen gaan uiteraard in dezelfde richting. U nam de werking van de wijkgezondheidscentra onder de loep door middel van een audit. Inmiddels zijn de resultaten daarvan bekend. U kondigde aan dat u de audit zou bestuderen. Een werkgroep binnen het Verzekeringscomité van het RIZIV gaat na hoe de werking verbeterd kan worden. In afwachting daarvan kunnen er wel nieuwe wijkgezondheidscentra worden erkend, zo hebt u gemeld.

Mevrouw de minister, zijn er intussen al nieuwe centra erkend? Zo ja, hoeveel? Waar zijn die gesitueerd? Zijn er eventueel geen aanvragen ingediend? Om welke redenen werden aanvragen eventueel niet erkend?

Wat is de stand van zaken van de werkgroep binnen het RIZIV? In welke richting gaan de aanbevelingen? Welke initiatieven zult u daaropvolgend ontwikkelen en met welke timing?

10.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question est de même nature. Le groupe de travail mixte chargé de formuler des propositions, suite à l'audit que vous aviez commandité auprès de KPNG, vous a rendu ses conclusions en mai.

Dans les multiples échanges que nous avons déjà eus sur le sujet, vous avez toujours confirmé que ce type de soins doté d'un financement de capitation avait sa place dans le paysage des soins de santé mais que vous vouliez vérifier l'adéquation des financements par rapport aux dépenses réelles et à leur répartition: temps de travail et nombre de consultations, fonctionnement, gestion des dossiers médicaux, etc. Vous vouliez également vérifier la participation des maisons médicales dans le système des services de garde, garantie de la continuité des soins.

Madame la ministre, les propositions et conclusions du groupe de travail mixte vous ayant été communiquées, avez-vous la réponse à vos questions, de manière à faire avancer le dossier?

Ce groupe rassemblait à la fois des représentants des prestataires au forfait et des prestataires à l'acte, les organismes assureurs, le Comité de l'assurance ainsi que votre cabinet. Est-il parvenu à des consensus suffisants pour permettre une amélioration et pour que vous puissiez nous faire part de votre position quant au financement, aux critères, aux modes d'évaluation et de contrôle des maisons médicales? Quel est votre agenda?

10.06 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chers collègues, je vous remercie pour vos questions. Je signale tout d'abord que des représentants des maisons médicales, des organismes assureurs, des médecins, l'ABSyM, le Cartel, AADM et les membres du Comité de l'assurance qui représentent les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier ont participé aux travaux du groupe de travail.

Le rapport final m'a été transmis le 8 mai et est actuellement à l'étude dans ma cellule stratégique. Il comprend les volets suivants: l'actualisation du cadre réglementaire, un financement approprié, la transparence et la qualité.

Wij zijn dus het eindrapport aan het bestuderen en hebben ook bijkomende contacten om er elementen uit te laten toelichten.

Het is prematuur om nu al een globale beoordeling te geven. Daarvoor is dit dossier te belangrijk.

La mission que j'ai confiée au groupe de travail ne visait pas à proposer des mesures d'économie, monsieur Senesael, car ce n'était pas son objet. Il n'y a pas lieu de se prononcer à ce sujet ni quant à la réutilisation des moyens disponibles.

Zoals ik al verschillende keren heb gezegd in de Kamer, werd het moratorium op nieuwe wijkgezondheidscentra opgeheven op het moment waarop de audit ter beschikking werd gesteld.

Il ne s'agit pas de "il y a quelques semaines", comme vous le dites, monsieur Senesael. C'est à la fin novembre que l'audit est arrivé. Le jour de la discussion de l'audit, immédiatement, le moratoire a été suspendu.

Ondertussen werden natuurlijk al nieuwe aanvragen voor wijkgezondheidscentra goedgekeurd. Tijdens het moratorium werden de hangende dossiers die in orde waren ook al goedgekeurd.

Ik weet niet om hoeveel het gaat. Die aanvraag moet niet bij mij worden ingediend, maar bij het Verzekeringscomité. Ik zal dit laten opvragen. Dit is stof voor een schriftelijke vraag.

10.07 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, puisque le dossier est à l'examen et vu les éléments de réponses qui sont apportés, je n'ai pas vraiment de réplique à adresser à Mme la ministre pour l'instant.

10.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'ai reçu comme vous ce rapport complet.

Après tout ce qui s'est passé, quelques déclarations fracassantes, l'audit, etc., nous pouvons comprendre l'inquiétude exprimée par le secteur. Et si certains abusent – ce qui n'est évidemment pas acceptable –, que ce soit en matière de sélection de patients ou d'utilisation des budgets à d'autres fins que de la santé publique, cela ne va pas, mais en même temps, il ne faut pas non plus nier que beaucoup réalisent un travail de qualité au niveau des maisons médicales.

J'ai lu ce rapport extrêmement attentivement. Il est effectivement complexe mais très intéressant. Je trouve que les propositions sur le volet de la transparence, sur les exigences et le cadre relatif à l'affectation des moyens, sur le financement juste et la répartition des moyens, de même que sur le cadre par rapport à la question de la continuité des soins et des gardes, sont vraiment intéressantes.

J'imagine donc que, puisque vous avez également été informée au fur et à mesure, vous pourrez aussi avancer rapidement de votre côté. De sorte que nous puissions alors donner un cadre sérieux et rassurant quant à l'avenir pour tous ceux qui s'investissent correctement et effectuent du bon travail de première ligne. Les acteurs de terrain sont tout prêts à avancer, à travailler et à se mettre aussi dans ces propositions intéressantes et importantes.

Madame la ministre, je vous remercie et reviendrai, bien entendu, vers vous à ce sujet. Dans quel timing, je n'en sais rien, mais nous serons sans doute plusieurs, à mon avis, à vouloir connaître la suite des événements.

10.09 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, voor mij is de timing het allerbelangrijkste.

Ik begrijp dat het tijd vergt om het rapport te bestuderen, maar de totstandkoming van dat rapport heeft ook de nodige tijd gevergd en wij weten nu toch wel wat de goede punten zijn en welke de aanbevelingen zouden kunnen zijn.

Ik mis dus nog een timing. Ik zeg dat omdat er ontzettend weinig tijd overblijft om nog in deze legislatuur een aantal zaken geïmplementeerd te krijgen. Het rapport ligt er, maar het ei moet nu toch snel worden gelegd of men komt in tijdsnood.

Ik blijf dus op mijn honger zitten wat de timing betreft.

10.10 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, net als mijn collega's had ik graag geweten hoelang het nog zal duren vooraleer men echt met conclusies komt, maar blijkbaar vindt u dat nog prematuur.

Ik zal een schriftelijke vraag indienen wat de cijfers betreft.

10.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, dans ma question, je vous demandais si vous considérez que tous les éléments de ce rapport font l'objet d'un consensus permettant de faire aboutir ce dossier. Pouvez-vous me donner votre avis à ce sujet?

Après avoir lu ledit rapport qui est un document complexe, il me semble qu'il y a un accord entre les différents partenaires de ce groupe de travail qui permet d'avancer sans devoir revenir sur des discussions de propositions qui ont été émises par ce groupe. Pouvez-vous me rassurer quant à ce consensus? De plus, pouvez-vous apporter quelques précisions sur le timing car le temps avance?

10.12 Maggie De Block, ministre: Vous dites que c'est un dossier compliqué. Certains éléments font l'objet d'un consensus, contrairement à d'autres. C'est la raison pour laquelle on maintient la concertation entre les uns et les autres afin de trouver un consensus.

10.13 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je pensais que tous les participants étaient d'accord entre eux.

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

La **présidente**: La question n° 25125 de Mme Isabelle Galant est supprimée.

Les questions n° 25192 et n° 25193 de Mme Catherine Fonck sont transformées en questions écrites.

11 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dossierkosten op medische facturen" (nr. 25196)

11 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les frais de dossiers des factures médicales" (n° 25196)

11.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, veel ziekenhuizen, laboratoria en artsenpraktijken rekenen sinds kort tussen 3,5 en 25 euro administratiekosten aan per factuur. Die extra kosten worden door het ziekenfonds niet terugbetaald en zijn volgens de ziekenfondsen ook onwettig. In de wet staat dat alle kosten in het honorarium vervat moeten zijn. Het is verboden er nog extra kosten aan toe te voegen. Het ziekenfonds roept op de dossierkosten niet te betalen. In een reactie gaf u aan de zaak te zullen onderzoeken.

Hoe gaat het onderzoek in zijn werk? Is het van start gegaan? Wat is de tijdlijn? Zijn er reeds voorlopige conclusies te trekken?

Welke maatregelen zullen eventueel worden genomen tegen ziekenhuizen, laboratoria en artsenpraktijken die de onwettige dossierkosten aanrekenen?

11.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Hoof, reeds tijdens de plenaire vergadering van 19 april 2018 gaf ik daarop een antwoord naar aanleiding van een vraag van mevrouw Jiroflée.

Hoe dan ook kan ik enkel herhalen dat de patiënt zich bij vragen over of bedenkingen bij de ontvangen ziekenhuisfactuur steeds tot het ziekenhuis en, in geval van discussie, tot de ombudsdienst van het ziekenhuis kan richten.

Bovendien heb ik ook de patiënten aangeraden zich tot hun ziekenfonds te richten – wij merken dat zij dat ook doen – vooraleer de factuur te betalen. Het behoort tot de opdracht van het ziekenfonds zijn leden bij te staan. De ziekenfondsen kennen de facturatieregels heel goed en kunnen desgevallend het ziekenhuis op foute aanrekeningen wijzen.

De ziekenfondsen beschikken trouwens ook over de nodige software om elke factuur te controleren, vooraleer zij het deel derde-betaler vergoeden.

Mochten ziekenfondsen bij een controle tot de vaststelling komen dat een welbepaald ziekenhuis systematisch ten onrechte bepaalde goederen of diensten aanrekenen, hetzij aan de patiënt hetzij aan de verzekeringsinstelling, en op die manier uiteindelijk aan het RIZIV, dan zijn zij ertoe gehouden de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV op de hoogte te brengen. Die dienst onderzoekt daarop de situatie en treedt op.

De ziekenhuizen mogen geen administratiekosten aanrekenen. Dat is verboden. Ik heb het RIZIV daarover gecontacteerd. Tot op heden kreeg het van de ziekenfondsen geen melding daarover. Wij hebben de kwestie tijdens de bespreking met de ziekenfondsen ook aangeraakt. Zij blijven alert en zullen optreden, indien nodig.

Wij raden patiënten aan om dergelijke praktijken te rapporteren.

Ik heb zelf ook contacten met ziekenfondsen en artsenpraktijken. Laat het duidelijk zijn: men mag gewoon de consultatie aanrekenen, maar geen administratieve kosten. Dat is niet toegestaan.

11.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, dank u voor het antwoord. Een en ander wordt uiteraard opgevolgd via het RIZIV en de ziekenfondsen. Ik hoop dat die praktijk op die manier kan worden uitgeroeid.

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

12 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de internering in Zelzate" (nr. 25220)

12 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur

"l'internement à Zelzate" (n° 25220)

12.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, over de zwaar beveiligde psychiatrische afdeling voor geïnterneerde vrouwen in Zelzate is de jongste tijd veel kritiek geuit. Daar vinden veel afzonderingen plaats, gemiddeld twee per dag. Er zijn klachten over de ombudsdienst die niet naar behoren zou functioneren, er zijn patiënten die hun post moesten openen vooraleer zij die op de bus deden enzovoort.

Maar vooral het aantal afzonderingen is gigantisch hoog. Er is ook geen specifiek wettelijk kader voor deze geïnterneerde vrouwen.

U hebt in de pers aangekondigd dat u ter zake een onderzoek zou instellen. Dat kan ik alleen maar steunen.

Ik kan mij indenken dat dit onderzoek intussen afgerond is. Hebt u er al resultaten van? Kunt u daar al iets over zeggen? Of loopt het onderzoek nog? Tegen wanneer zullen wij de resultaten kennen?

Hebt u in afwachting van de resultaten van het onderzoek al maatregelen genomen, zodat patiënten- en mensenrechten niet meer kunnen worden geschonden?

Er was ook sprake van het uitwerken van een koninklijk besluit, specifiek voor dit type van patiënten die onder dwang in een psychiatrisch ziekenhuis behandeld worden, ter ondersteuning van de naleving van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

12.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, ik heb die anonieme getuigenissen ook gelezen. Doordat zij anoniem zijn, kunnen wij niet nagaan of het zo was. Omdat ik zelf niet bevoegd ben, heb ik mijn collega Jo Vandeurzen gevraagd dit te laten onderzoeken door Zorginspectie Vlaanderen, en het te bespreken met het Agentschap Zorg en Gezondheid, omdat dit agentschap instaat voor de inspectievaststellingen.

Er is beloofd dat zij redelijk snel op bezoek zouden gaan. Ik heb echter nog geen terugkoppeling gekregen. Zij bepalen zelf de timing en de werkwijze en zij zullen het rapport natuurlijk eerst aan de bevoegde minister bezorgen, en daarna aan mij.

Zodra ik geïnformeerd ben over het standpunt van Zorginspectie Vlaanderen en het Agentschap Zorg en Gezondheid, zal ik nagaan of dit enige invloed kan hebben op het project voor de personeelsupgrade van twintig T-bedden in het psychiatrisch centrum Sint-Jan-Baptist voor de opvang van twintig geïnterneerde vrouwen *high-risk*, aangeduid door het hof van beroep van Gent.

Dat is dan ook het enige dossier waarvoor ik als federaal minister bevoegd ben.

Wat uw vraag naar een KB betreft, ik veronderstel dat u verwijst naar de revisie van de huidige wet betreffende de bescherming van personen met een geestesziekte. Hoewel er ook iemand van mijn kabinet betrokken is bij de werkgroep die deze revisie voorbereidt, blijft dit de bevoegdheid van mijn collega Koen Geens. Daarvoor moet ik u dus naar hem doorverwijzen. In geen enkel geval zal de herziening van deze wet echter een correcte uitvoering van de wet betreffende de rechten van de patiënt verhinderen.

12.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord. We zullen wachten op meer nieuws daarover.

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

13 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van epidurale infiltratie met therapeutisch doel" (nr. 25251)

13 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'infiltration péridurale à des fins thérapeutiques" (n° 25251)

13.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, de terugbetaling van epidurale infiltratie voor patiënten met rugpijn werd begin november 2016 geschrapt. Sommige patiënten kunnen de erge pijnen die ze ervaren alleen verlichten door die epidurale infiltratie.

De nomenclatuurcode "epidurale infiltratie met therapeutisch doel, op lumbaal niveau, uitgevoerd in een daartoe technisch uitgeruste ruimte binnen een erkende verplegingsinrichting, aanrekenbaar maximaal zes maal per jaar", werd vanaf 1 november 2016 geschrapt, blijkbaar op basis van een besparingsbeslissing van de regering.

Mevrouw de minister, ik heb begrepen dat in het verleden vrij losjes met deze code en het gebruik van epidurale infiltraties werd omgesprongen. Misschien was een beperking inderdaad aangewezen, maar een schrapping was en is vrij drastisch.

Wat betekent dit voor de patiënten die alleen met deze ingreep geholpen zijn en die geen alternatief meer hebben? Hebt u weet van de gevolgen van die beslissing?

13.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Jiroflée, wijzigingen in de terugbetaling van een medische prestatie komen tot stand in overleg met de ziekenfondsen en de zorgverleners, met inbreng van de academische sector op het vlak van *evidence-based medicine*.

De terugbetaling van de lumbale epidurale infiltratie werd destijds afgeschaft, nadat werd vastgesteld dat een hoog percentage van deze toepassingen gebeurde zonder dat er daarvoor een wetenschappelijk evidente aandoening was. Er werd dan ook voor gekozen om de lumbale infiltraties af te schaffen en de voorkeur te geven aan meer gerichte infiltraties, hetzij radiculair, hetzij transforaminaal, die nog wel worden terugbetaald.

Patiënten die vroeger baat hadden bij klassieke lumbale infiltraties kunnen best terug naar hun behandelend arts gaan om te bekijken of zij baat kunnen hebben bij deze meer gerichte infiltraties of bij een andere, eveneens terugbetaalde behandeling.

We moeten niet infiltreren omwille van een effect dat niet bewezen is. Dat is niet ongevaarlijk. De nevenwerkingen zijn ook niet gering.

Men heeft vastgesteld dat er geen evidentie voor was en dus werd in overleg besloten om dat in te trekken, maar wel meer gerichte infiltraties rond de zenuwwortels en ook transforaminaal nog mogelijk te laten.

13.03 **Karin Jiroflée** (sp.a): Dank u voor dit antwoord, mevrouw de minister. Ik heb hier ook een schriftelijke vraag over gesteld, misschien heb ik het er later nog wel over.

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

14 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de gespecialiseerde voetverzorgers" (nr. 25270)**

14 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des pédicures spécialis(e)s" (n° 25270)**

14.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, op mijn vorige vraag met betrekking tot de erkenning van gespecialiseerde voetverzorgers begin 2016 verwees u naar het advies van de Nationale Raad voor de paramedische beroepen, dat u in 2015 ontving. U zei toen dat de onderhandeling over de erkenning lopende was. Ik heb daarover sindsdien niets meer vernomen, maar misschien heb ik iets gemist.

Wat is er precies uit de bus gekomen voor die beroepsgroep?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, in april 2017 heb ik een vraag met betrekking tot een aanvullend advies voor de gespecialiseerde voetverzorgers gericht aan de Federale Raad voor de paramedische beroepen en aan de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen.

Aangezien er een aanzienlijke overlap werd vastgesteld tussen het beroep van podoloog en het voorgestelde beroep van gespecialiseerd voetverzorgers, heb ik nagevraagd of men het beroep van gespecialiseerd voetverzorgers wenst te integreren in de wetgeving rond de podologen. Immers, podologen zijn ondertussen wel erkend. Aanvullend heb ik gevraagd of ook andere zorgverleners dan artsen handelingen moeten kunnen voorschrijven of toevertrouwen aan een gespecialiseerd voetverzorgers.

Die adviezen heeft men mij beloofd tegen de zomer. Ik heb ze tot nu toe nog niet ontvangen.

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

15 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanbevelingen van de DGEC over opioïden" (nr. 25271)

15 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations du SECM concernant les opioïdes" (n° 25271)

15.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, de DGEC van het RIZIV heeft naar aanleiding van het stijgend opioïdengebruik gewezen op de risico's van het chronisch gebruik van opioïden. Zij hebben hierover een rapport gepubliceerd met daarin een aantal aanbevelingen, zoals een bewuste sensibilisering van zorgverleners rond het gebruik en een wetenschappelijk onderzoek naar het voorschrijven van opioïden.

Ik had daarom de volgende vragen.

Wat hebt u ondertussen met deze aanbevelingen gedaan? De cijfers die ik heb opgevraagd tonen aan dat het gebruik enorm is toegenomen en nog steeds toeneemt. Hebt u plannen ter zake?

Recent bleek ook dat het OTC-gebruik risico's inhoudt. U kondigde projecten aan om een registratie mogelijk te maken. Hoever staat u hiermee?

15.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV heeft in 2010 inderdaad vastgesteld dat er een verhoging is van het gebruik van opioïden in de voorbije tien jaar. Sedertdien heeft de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle verschillende acties ondernomen. Zo worden vijf opioïden in kaart gebracht op basis van de pharma OT-gegevens. Bijkomend is er een thematisch controleonderzoek opgestart over het oneigenlijk gebruik, zowel bij de voorschrijvers als bij de gebruikers van opioïden op nationaal vlak.

Complementair hebben mijn diensten van de FOD Volksgezondheid contact opgenomen met andere Europese lidstaten om deze trend ook internationaal op te volgen. Er zijn ten slotte ook overlegmomenten geweest met de Orde der artsen, de Orde der apothekers, wetenschappelijke verenigingen zoals de Belgian Pain Society, de Provinciale Geneeskundige Commissies, maar ook de beroepsverenigingen van de apothekers. Allen gaven aan dat het opioïdengebruik goed moet worden opgevolgd, maar er is volgens hen geen sprake van een epidemie. Desondanks hebben wij reeds sensibiliseringsacties op poten gezet via lezingen voor LOK-groepen en huisartsenkringen over het gevaar van het te veel voorschrijven en/of gebruiken van opioïden.

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

16 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Annick Lambrecht aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kindervleeswaren" (nr. 25279)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Samsonworst" (nr. 25343)

16 Questions jointes de

- Mme Annick Lambrecht à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la charcuterie pour enfants" (n° 25279)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le saucisson Samson" (n° 25343)

16.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, Greenpeace heeft in de media het probleem aangeklaagd van de reclame voor vleeswaren met kinderidolen erop, zoals de Samsonworst, die evenveel zout, verzadigde vetzuren en andere ongezonde ingrediënten bevatten als andere vleeswaren. Bovendien toont onderzoek aan dat de informatie op het etiket van de vleesproducten niet altijd overeenkomt met de werkelijke inhoud van het product, wat *not done* is.

Mevrouw de minister, u hebt de uitbreiding onderhandeld van de Belgian Pledge, waarbij de ondertekenaars

overeenkomen om geen reclame te maken voor ongezonde voeding en dranken voor kinderen jonger dan twaalf jaar.

Tweeënveertig heel grote spelers hebben die *pledge* al ondertekend, maar dat zijn ze nog niet allemaal. De *pledge* is van toepassing op bepaalde reclame, maar niet op reclame op sociale media en in vlogs. Bent u het met mij eens dat dat een gemiste kans is, die prioritair moet worden aangepakt?

Bent u van plan om nog initiatieven te nemen om de supermarkten erop aan te spreken die de Belgian Pledge nog niet hebben ondertekend?

Wij hebben in onze commissie onlangs nog hoorzittingen over obesitas gehad, maar nu u hier zelf bent, kan ik u vragen hoe u staat tegenover gezonde kidsmarketing als flankerende maatregel in de strijd tegen obesitas? Daarover werden enkele voorstellen van resolutie ingediend.

Kinderidolen of stripfiguren horen mijns inziens enkel thuis op gezonde voeding. Ziet u mogelijkheden om dat te bevorderen?

16.02 Minister **Maggie De Block**: Ik val niet snel omver, zeker niet als ik Maya de Bij met sigaretten zie.

Wat de Samsonworst betreft, er bestaat geen specifieke reglementering over marketing van voedingsproducten voor kinderen. Het is ook niet evident om sluitende regelgeving op het vlak van de verpakking van voeding of de communicatie op de plaats van verkoop te ontwerpen, zonder in absurde regels te vervallen over wat wel en niet op de verpakking van een voedingsproduct mag staan.

De sector heeft een zelfregulerende code inzake reclame voor voedingsmiddelen gericht op kinderen, die ik steun. De bedrijven die deelnemen aan de Belgian Pledge verbinden zich ertoe voor een aantal categorieën van ongezonde producten als chocolade en suikergoed helemaal geen reclame te richten tot kinderen onder de twaalf jaar. Voor een aantal andere categorieën van voedingsproducenten gebeurt dat alleen wanneer het product in kwestie aan bepaalde standaarden voldoet op het vlak van de samenstelling. Dat heeft dan betrekking op onder andere het suiker- en vetgehalte en het gehalte aan vezels, dat voldoende moet zijn. Ook in basisscholen wordt geen reclame gemaakt, tenzij met het expliciet akkoord van de directie.

Vorig jaar werd de *pledge* nog uitgebreid van de klassieke audiovisuele media naar onlinereclame op onder meer sociale media als Youtube en Facebook.

Ik herinner er u aan dat België tot de weinige landen behoort waar op nationaal vlak dergelijke engagementen werden aangegaan. Meer dan veertig groepen hebben de *pledge* ondertekend – u was aanwezig op de voorstelling, mevrouw Dedry –, waaronder enkele fastfoodgiganten, die de bekende boxen een stuk gezonder hebben gemaakt.

Verpakking en communicatie op de plaats van verkoop vallen inderdaad buiten het werkveld van de Belgian Pledge, maar in de reclamecode staan ook specifieke bepalingen inzake reclame gericht op kinderen.

Voorts werd in 2016 het Convenant Evenwichtige Voeding gesloten met de voedingsindustrie, Fevia, en de vertegenwoordiger van de distributie, Comeos. Dat moet leiden tot een evenwichtiger samenstelling van de voedingsproducten op de Belgische markt door het verlagen van hun energiegehalte, onder meer via een vermindering van vetten en suikers.

Daarnaast lopen er nog steeds contacten om na te gaan hoe we een label op voedingsproducten kunnen steunen om de consument te helpen om de gezonde keuze te maken. Sommige bedrijven hebben al de vlucht vooruit genomen en promoten al gezonde groenten voor kinderen door middel van onder andere beestjes en raar gevormde tomaten.

Uit de voedselconsumptiepeiling van 2014 van het toenmalig Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, het huidige Sciensano, blijkt dat 36 % van de kinderen tussen drie en vijf jaar en tussen zes en negen jaar twee en vier keer per week vette vleeswaren eet. Bij ongeveer een kind op tien is dat dagelijks het geval. Het is de verantwoordelijkheid van de ouders om te beslissen over de aankoop van voedingsmiddelen die kinderen zullen gebruiken. Als men kinderen elke dag hetzelfde voorzet, dan zullen zij niet anders kunnen dan elke dag hetzelfde te eten. Als ouders beslissen om hun kinderen vette maaltijden voor te zetten, dan

zullen zij die ook moeten eten.

De deelstaten voeren campagnes om mensen bewust te maken van het belang van een evenwichtig voedingspatroon, in het bijzonder voor kinderen. Er wordt ook aan gewerkt door de producenten zelf, om alternatieven aantrekkelijk te maken door allerlei zaken waarvoor kinderen gevoelig zijn.

U hebt in het artikel trouwens ook een wetgevend initiatief aangekondigd. Als u dat onderzocht hebt, zult u wel beseffen hoe ingewikkeld het probleem is. We kunnen dat moeilijk remediëren door allerlei reglementering boven ons hoofd. Wij blijven dus de piste bewandelen van overleg met de sector en het onderstrepen van het belang hiervan. Als men nu één ding weet, dan is het wel dat mensen met gezondheid bezig zijn en met het verband tussen voeding en gezondheid. Zeker voor kinderen is dat een gevoelig punt.

Ik vind net als u dat we daaraan moeten blijven werken. U hebt het over reglementeren, maar na onderzoek is het ons niet duidelijk hoe we dat kunnen doen. We zoeken dus een oplossing in samenwerking en in het promoten van gezonde voeding.

16.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ter aanvulling op het antwoord dat u net geeft, ik heb recentelijk gelezen dat het VIGeZ voor het eerst uitdrukkelijk pleit voor een door de overheid gesteund gezondheidslabel op voedselverpakkingen. U hebt interministeriële contacten en u bent met het thema bezig in werkgroepen, maar dat is volgens mij toch een zeer recent, nieuw element. Het VIGeZ verwijst hiervoor naar de succesvolle Nutri-Score uit Frankrijk, die positief werd geëvalueerd. Het VIGeZ pleit nu blijkbaar ook voor een verplicht systeem. Uiteraard moet Europa daarmee akkoord gaan, maar het standpunt van het VIGeZ gaat toch een beetje verder dan vroeger, wat mij verheugt. Hebt u daar weet van?

16.04 Minister Maggie De Block: Ik verwacht, vooreerst, van het VIGeZ, een Vlaams instituut, dat het aanbevelingen doet voor het niveau waar het onder valt. Ik neem het mee, maar het is juist over die labels dat wij aan het discussiëren zijn. In de koepel blijkt niet iedereen eensgezind en blijft het nog steeds de vraag welke vorm een en ander moet aannemen, bijvoorbeeld knipperlichten of vlaggetjes of nog iets anders. Het is duidelijk dat het één systeem moet zijn en geen zeven systemen, want dan kijkt men er ook niet meer naar.

De Europese regelgeving zegt voorts dat wij een en ander niet kunnen verplichten, maar dat alles berust op louter vrijwilligheid. Dat hebben wij allemaal al nagegaan. Wij hebben ook contacten met heel grote voedselproducenten en actoren uit de distributieketen. Wij proberen om samen met hen tot één soort instrument te komen en dan zal de rest wel volgen. Het vraagt immers ook investeringen, waar sommigen tegenop zien. Wij proberen dus met de allergrootste spelers een consensus te bereiken.

Er is kritiek op elk systeem, ook in Frankrijk: men vindt het te klein, onleesbaar of *too much information*. Iedereen doet boodschappen en met een volle kar is het niet evident om veel informatie te lezen, anders zitten wij allemaal heel lang in de winkel. Anderen stellen voor om gewoon uit de winkel weg te blijven en via de korte keten te kopen. Dat is heel actueel. Voor mijn deur is recent ook een boerenmarkt ontwikkeld. Kortere keten kan niet zijn: de spinazie wordt om 7 uur geoogst en om 9 uur kan men ze daar kopen, met de modder er nog aan, maar wel zeer gezond. Nog andere mensen zeggen dat men geen gemanipuleerd voedsel mag eten, dat men terug naar de bron moet, terug naar onbewerkt voedsel, bijvoorbeeld door geen versneden fruit te eten, want daar zou misschien iets aan toegevoegd kunnen zijn.

Er is dus een hele evolutie aan de gang. Dat consumenten gezonder voedsel willen krijgen, is een algemene tendens. De consument kan daarin een keuze maken.

16.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, uiteraard kan het VIGeZ niet voor u spreken. Als het VIGeZ spreekt over een eenvormig voedingslabel, ondersteund door de overheid, dan ga ik er wel van uit dat dat op België slaat en niet op Vlaanderen. Het valt mij op dat het VIGeZ er nu "overheidsgesteund" aan toevoegt en dat vind ik positief.

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

17 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Jan Spooren aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taalproblematiek omtrent de mug in Overijse en Huldenberg" (nr. 25286)

- mevrouw **Barbara Pas** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taalproblematiek in verband met de dringende geneeskundige hulpverlening" (nr. 25288)

17 Questions jointes de

- **M. Jan Spooren** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes linguistiques aux SMUR d'Overijse et de Huldenberg" (n° 25286)

- **Mme Barbara Pas** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes linguistiques dans le cadre de l'aide médicale d'urgence" (n° 25288)

17.01 **Jan Spooren** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik word steeds vaker geconfronteerd met taalklachten bij muginterventies in de regio Druivenstreek, Tervuren, Overijse en Huldenberg. In Tervuren wordt heel vaak de mug van de UCL Saint-Luc ter plaatse gestuurd, in Overijse is dat steeds vaker de mug van de ziekenhuisgroep CHIREC en in Huldenberg wordt vaak een beroep gedaan op de mug uit het Waalse Ottignies.

De hulpverleners van deze mugdiensten zijn heel vaak het Nederlands onmachtig of zijn soms niet bereid de patiënten in het Nederlands te woord te staan. Dit leidt tot gevaarlijke situaties. Inderdaad, de mensen geraken in stress, want door de kwetsbare en penibele positie waarin zij zich bevinden, is het niet evident om zich dan in een vreemde taal te moeten uitdrukken. Het leidt soms tot misverstanden, tot tijdverlies en soms tot een ergere situatie.

Daarmee stopt het niet, want de patiënten worden dan overgebracht naar ziekenhuizen waar de voertaal ook het Frans is, veelal tegen hun zin, zelfs als zij expliciet vragen en smeken om naar Gasthuisberg gevoerd te worden. In deze ziekenhuizen duiken dan alweer de nodige communicatieproblemen op, zowel op medisch vlak als inzake psychologische bijstand.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van deze situatie? Bent u bereid de huidige situatie aan te passen en naar oplossingen te zoeken? Zo ja, welke?

Houdt u bij de hervorming van het ziekenhuislandschap rekening met de taalproblematiek in dit land? Dit kan bijvoorbeeld door de mugzones te hertekenen, door het afdwingen van de taalkennis van hulpverleners of door de notie "dichtstbijzijnde ziekenhuis" te vervangen door "dichtstbijzijnde ziekenhuis van de eigen taal".

17.02 **Barbara Pas** (VB): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega Spooren heeft de problematiek in de regio van de Druivenstreek al geschetst, maar het probleem doet zich in alle regio's aan de taalgrens voor. Naar aanleiding van incidenten in het Brusselse tot in West-Vlaanderen heb ik u daarover in het verleden al ondervraagd. U antwoordde toen dat de taalproblematiek in overweging genomen zou worden, samen met de algemene evaluatie en de actualisering van de dringende geneeskundige hulpverlening. In uitvoering van het regeerakkoord hebt u samen met de minister van Binnenlandse Zaken de actie opgezet om de dringende geneeskundige hulpverlening te evalueren en te actualiseren.

Meer dan een jaar geleden vroeg ik u of de taalproblematiek daarbij in overweging zou worden genomen, waarop u bevestigend antwoordde. U voegde eraan toe dat het plan zich toen — mijn meest recente vraag in plenaire vergadering dateert van 30 maart 2017 — in de finale fase bevond.

Mevrouw de minister, ik wil u nu, iets meer dan een jaar later, naar een stand van zaken vragen. Hoever staat het met de evaluatie en de bijsturing van de dringende geneeskundige hulpverlening, zoals opgenomen in het regeerakkoord, en hoe staat het met de uitrol ervan?

Op welke wijze wordt er een oplossing aangereikt voor deze taalproblematiek?

17.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Spooren, mevrouw Pas, bij de operationalisering van de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening, waarvan nu de eerste fase wordt uitgewerkt — wij kregen alleen middelen voor de eerste fase — zijn er verschillende trajecten uitgetekend. In eerste instantie gaat het om de transparantie van de factuur van de dringende geneeskundige hulpverlening, waarbij tariefzekerheid voor de patiënt hoort. Ten tweede evolueren wij naar een forfaitaire financiering van de dringende geneeskundige hulpverleningsmiddelen. Ten derde verhogen wij de kwaliteit van de medische dispatching. Ten vierde voorzien wij in een traject van beleidsondersteuning en handhaving.

Ik ben mij zeer bewust van de taalproblematiek die u aankaart, die zich niet alleen in Overijse en Huldenberg

voordoet maar langs heel de taalgrens. De taalproblemen doen zich overigens in beide richtingen voor.

Daarom zijn wij op zoek gegaan naar een duurzame oplossing. Wij moeten ter zake toegeven dat de dringende geneeskundige hulpverlening een specifiek en moeilijk actiedomein zal blijven voor de invoering van om het even welke oplossing met betrekking tot taalkundigheid.

In de gezondheidszorg heeft de patiënt de keuze. Hij of zij kan kiezen naar welke beoefenaar hij of zij met een zorgvraag stapt. De premisse binnen de dringende geneeskundige hulpverlening is echter dat de patiënt zijn keuzerecht verliest en dat het systeem voor de snelst mogelijke hulp zorgt, omdat het in de dringende geneeskundige hulpverlening onaanvaardbaar is om levensreddende handelingen langer uit te stellen dan nodig. Het concept taalkundigheid is als criterium moeilijk binnen dat concept in te passen.

En dus hebben wij naar een oplossing gezocht in een bredere context van de wetgeving op de beroepsbeoefening. Daar zijn oplossingen aangereikt en daar zal de laatste piste worden uitgewerkt voor alle hulpverleners. Het betreft immers niet alleen de artsen maar ook de ambulanciers, de verpleegkundigen, kortom, iedereen die met de patiënt in contact komt op het moment dat hij of zij hulp nodig heeft.

Ik zal mij dus via taalvoorschriften niet vastrijden in de dringende geneeskundige hulpverlening. Wij hebben dat onderzocht en dat zal niet gaan. Wij zullen de laatste piste nader uitwerken in de bredere context van de wetgeving op de beroepsbeoefening.

17.04 Jan Spooren (N-VA): Mevrouw de minister, dit is een ontgoochelend antwoord, waarmee ik het bovendien helemaal niet eens ben.

Ten eerste, u merkt op dat de patiënt zijn keuzerecht verliest, omdat de notie van "dichtstbijzijnd" belangrijker is dan taal. Dat is niet altijd het geval. Er zijn gevallen waarbij het gebrek aan taalkennis meer nefaste gevolgen heeft en veel gevaarlijkere situaties creëert dan die enkele minuten, waarover het toch gaat, dat Gasthuisberg eventueel verder zou zijn dan de ziekenhuisgroep CHIREC of de UCL Saint-Luc.

Ten tweede, ik heb met mensen uit de sector gesproken. Het aanrijden van een mug is één zaak. Eens de mug ter plaatse is en men de eerste geneeskundige hulp begint toe te dienen, is op enkele uitzonderingen na het terugrijden naar het ziekenhuis niet meer zo dringend. Er wordt dan ook niet meer zo snel gereden. De patiënt wordt ter plaatse behandeld. Met uitzondering van een paar diagnoses is de snelheid geen argument om niet naar het ziekenhuis te rijden waarin de patiënt in zijn of haar taal kan worden verzorgd.

Ik begrijp dus dat er geen oplossing komt, wat erg ontgoochelend is.

17.05 Minister Maggie De Block: U hebt niet begrepen dat er wel naar een oplossing gezocht werd, maar niet binnen de reorganisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening. Ik wil u erop wijzen dat dringende geneeskundige hulpverlening betekent dat men zo vlug mogelijk de beste hulp naar de patiënt stuurt.

Er zijn inderdaad taalconflicten. België is een land met een rijkdom aan taalgrenzen en daar zijn taalconflicten. Ik zoek naar een oplossing, maar niet om zelf in te grijpen. Ik ben niet de dispatchdienst van de dringende geneeskundige hulpverlening. De dag dat er een ambulance gestuurd wordt vanuit de andere kant van het land, waardoor de aanrijtijd te lang is en er een dode valt, wil ik dat niet op mijn geweten hebben.

Ik zal de deskundigheid niet in twijfel trekken van degenen die oordelen dat er, op basis van de vraag van de patiënt, op basis van de paniek van de patiënt, dringend een mug moet komen. Ik zal daar niet ingrijpen. Dat is niet mijn taak. Zij zijn verantwoordelijk. Zij doen de dispatching. Zij moeten oordelen van waar de ambulance kan komen.

Op het terrein is het ingewikkelder. Hier is het allemaal gemakkelijk; wij houden ons bezig met hoe het theoretisch moet zijn. U hebt gelijk, het is nodig dat de taal van de patiënt gesproken wordt; dat vind ik ook. Maar ik ga mij niet bemoeien op het terrein. Ik ben vaak genoeg op bezoek geweest in 112-centra om te weten wat voor een moeilijke taak het is, wanneer de vraag er is, voor de patiënt een ambulance, een mug of een PIT te sturen. Het kan zijn dat de ziekenwagen komt van een Franstalige instelling, waar geen kennis van het Nederlands is, maar ik zeg u dat er ook klachten zijn aan de andere kant van de taalgrens. Deze zullen dan misschien niet bij u terecht komen, maar wel bij ons.

17.06 Barbara Pas (VB): Mevrouw de minister, ik ben blij dat u erkent dat er klachten zijn. Toen ik u hier in het verleden over incidenten ondervraagd heb, zei u dat er bijzonder weinig officiële klachten waren over deze problematiek.

Ik ben het met u eens dat voor snelle adequate hulp tijd levensbelangrijk kan zijn. Enkele minuten kunnen belangrijk zijn, en men moet inderdaad niet afgaan op de paniek van de patiënt. Ik ben het echter helemaal niet eens met u dat daarbij geen taalvoorschriften kunnen horen. Dat er tot vandaag nog altijd incidenten plaatsvinden waarbij mug- of ambulancediensten in een ander taalgebied optreden zonder dat één van de leden van die ploegen de taal van dat taalgebied machtig is, kan even levensgevaarlijk zijn als men de patiënt of wie daarbij is niet goed begrijpt.

Niet alleen de tijd maar ook een goede communicatie met de patiënt zijn onontbeerlijke aspecten, die van levensbelang kunnen zijn. Ervoor zorgen dat minstens één iemand van de ploeg die uitrijdt aan de taalgrens de beide talen begrijpt en met de patiënt kan communiceren, lijkt mij toch een zeer belangrijke voorwaarde te zijn.

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

18 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Els Van Hoof** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van de Nationale Evaluatiecommissie inzake abortus" (nr. 25294)
- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Nationale Evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wetgeving betreffende de zwangerschapsafbreking" (nr. 25389)
- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Nationale Evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wet van 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking" (nr. 25726)

18 **Questions jointes de**

- Mme **Els Van Hoof** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition de la Commission nationale d'évaluation relative à l'avortement" (n° 25294)
- Mme **Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la Commission nationale d'évaluation chargée d'évaluer l'application des dispositions relatives à l'interruption de grossesse" (n° 25389)
- Mme **Muriel Gerkens** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la Commission nationale d'évaluation de la loi sur l'IVG de 1990" (n° 25726)

18.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet op de zwangerschapsafbreking, ook wel de abortuswet genoemd. Deze evaluatiecommissie moet tweejaarlijks een verslag opstellen. Sinds 2012 raakt deze commissie niet meer samengesteld. Nochtans moet deze commissie statistische gegevens verzamelen en aanbevelingen doen voor eventuele wetgevende initiatieven die kunnen leiden tot het terugdringen van het aantal zwangerschapsafbrekingen of een betere begeleiding en opvang van vrouwen in een noodsituatie.

In de plenaire vergadering van juni 2016 werd nochtans een dubbele lijst van 16 kandidaten voorgedragen. Zelf moet u deze vervolgens bij KB aanduiden. Ondertussen zijn we anderhalf jaar verder en de commissie is nog steeds niet samengesteld.

Ik heb dan ook de volgende vragen.

Waarom lukt het niet om deze commissie samen te stellen? Welke elementen zorgen ervoor dat de leden die werden voorgedragen door het Parlement, nog niet zijn aangesteld? Dit is toch aberrant? In welke fase bevindt de samenstelling zich? Is er een tijdslijn met een vooropgestelde datum ter afronding van de samenstelling?

18.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, comme ma collègue vient de rappeler les obligations légales, je ne vais pas les répéter. En tout cas, aujourd'hui, elles ne sont pas respectées.

Le 22 décembre 2016, la Chambre vous a transmis la double liste des 32 candidats. Vous devez prendre un arrêté royal. Pourquoi cela vous pose-t-il problème? Allez-vous pouvoir remplir rapidement votre devoir en prenant l'arrêté royal qui instituera la nouvelle commission?

Comme vous le savez, des auditions se déroulent actuellement en commission de la Justice. J'ai donc contacté la commission d'évaluation, dont le secrétariat a pu rassembler plusieurs données à partir des documents d'enregistrement et des rapports annuels transmis par les institutions. Or elles n'ont plus été publiées depuis 2011, alors que la commission a travaillé jusqu'en 2013. Cela n'a cependant pas empêché son secrétariat de poursuivre sa tâche.

Cela signifie, en bref, que les données allant de 2012 à 2015 sont bien collationnées. Les membres de la nouvelle commission - lorsqu'elle sera installée - devront les commenter afin de pouvoir émettre des recommandations.

En attendant, nous devons évidemment pouvoir recevoir les données brutes recueillies par le secrétariat de la commission en ce qui concerne les interruptions de grossesse pratiquées entre 2012 et 2015. C'est pourquoi je vous demande de les mettre à notre disposition par l'intermédiaire du secrétariat de la commission. Dès que celle-ci aura été instituée, elle émettra ses recommandations, qui nous seront alors transmises par les voies habituelles.

Compte tenu des débats en cours en commission de la Justice au sujet des interruptions de grossesse, nous devons disposer de ces informations.

18.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question est du même ordre. Il a été difficile de réunir le nombre suffisant de personnes pour remplir les différentes catégories de membres de cette commission. Néanmoins, le Parlement a réparti les personnes, en deux listes distinctes et soumises au gouvernement, comportant l'une les membres effectifs et l'autre les membres suppléants. Ceci vous a été transmis le 22 décembre 2016.

Depuis, nous n'avons pas reçu d'informations sur la désignation. Il n'y a pas eu d'arrêté publié au *Moniteur*. Les personnes qui ont déposé leur candidature, et à qui on a écrit pour les informer qu'elles avaient été sélectionnées, ne savent toujours pas si elles seront effectives ou suppléantes, et ne connaissent pas les informations pratiques concernant la tenue des réunions de cette commission d'évaluation.

Par ailleurs, nous avons, via l'INAMI, toutes les données depuis 2012, même si nous n'avons pas eu de rapport d'évaluation de la commission d'évaluation. J'aurais aimé connaître votre calendrier et savoir où vous en étiez à ce sujet. Est-il possible d'attendre de cette nouvelle commission une information rapide concernant les dernières données et les derniers chiffres dont on dispose?

18.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, collega's, overeenkomstig artikel 1, § 2 van de wet van 13 augustus 1990 houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek worden de leden van de evaluatiecommissie benoemd bij koninklijk besluit uit de dubbele lijst nu voorgedragen door de Kamer van volksvertegenwoordigers.

Zoals u hebt opgemerkt, heeft het heel wat voeten in de aarde gehad om het aantal geschikte kandidaten te vinden om in de controle- en evaluatiecommissie te zetelen. Daartoe diende de definitie van een van de categorieën door de Kamer te worden aangepast, wat ook heel wat voeten in de aarde heeft gehad.

De dubbele lijst van kandidaten, zoals door de Kamer goedgekeurd, en die ons begin mei 2018 officieel werd overgemaakt via het kabinet van de eerste minister, bleek bij nazicht op een andere manier samengesteld dan in het verleden het geval was.

In het verleden stelde de Senaat die lijst samen. De Kamer heeft dat op een andere manier gedaan. De kandidaten op de tweede lijst behoren namelijk niet allen tot dezelfde taalgroep als de overeenkomstige kandidaten op de eerste lijst, waarvoor ze gebruikelijk als plaatsvervanger fungeren. Er moet dus een pariteit zijn.

18.05 **Catherine Fonck** (cdH): Ce n'est pas grave.

18.06 Maggie De Block, ministre: Non, ce n'est sans doute pas grave mais, comme vous le savez, certains sont très sensibles au rôle linguistique.

(...): (...)

18.07 Maggie De Block, ministre: Ce n'était pas le cas non plus.

Men heeft dan nagekeken of dit problemen kon opleveren en zo ja, of de lijst van effectieve en plaatsvervangende kandidaten moest worden gewijzigd, ook rekening houdend met artikel 1, § 2, tweede lid van de wet van 13 augustus, dat bepaalt dat de taalpariteit en de pluralistische vertegenwoordiging in acht moet worden genomen bij de benoeming van de leden van de commissie.

Le Conseil des ministres doit maintenant décider qui, parmi les candidats, sera membre effectif et qui sera membre suppléant. Le dossier est en cours de finalisation et sera clôturé dans les prochaines semaines.

Entre-temps, le secrétariat de la commission a préparé le rapport 2014 portant sur les années 2012-2013 et le rapport 2016 portant sur les années 2014-2015. Ces rapports pourront être validés dès la reprise des travaux de la commission.

Wij zullen dus ineens de rapporten van zes jaar krijgen.

Le rapport 2018 pour les années 2016 et 2017 est aussi en cours de préparation. Les institutions pouvaient transmettre les dernières données concernant 2016 jusqu'au 30 avril 2018.

En ce qui concerne le lieu et la périodicité des réunions, les horaires, etc., c'est du ressort de la commission elle-même. La loi précitée prévoit, en son article 1^{er}, § 2, que la commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Il y a aussi autre chose: la lettre envoyée par la Chambre s'est perdue. Le ministre a seulement reçu un rappel. Nous ne savons pas ce qu'il s'est passé.

La **présidente**: Vous dites que c'est en mai que vous l'avez reçue. Nous avons l'information que ce serait parti en décembre.

18.08 Maggie De Block, ministre: Nous sommes presque prêts. Il faut savoir que les listes ont été établies d'une manière différente que ce que le Sénat faisait auparavant. Chez nous, il n'y a pas non plus d'expertise pour savoir si cela peut amener des problèmes de parité. C'est la procession d'Echternach!

18.09 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, laat mij toe om dat te betreuren. Ik herinner mij de euthanasiecommissie. Daarvoor hadden wij op hetzelfde moment de namen doorgegeven en moesten wij van categorie veranderen. In plaats van hoogleraren waren het ook docenten. Ik begrijp dus niet waarom dit voor de abortuscommissie zo moeilijk verloopt. In de vorige legislatuur bleef dat aanslepen in de Senaat en waren er ook problemen met de taalpariteit. Ik weet niet welke moedwil daarachter zit, maar ik vind het heel erg dat we daardoor vandaag geen enkel zicht hebben op de abortuspraktijk.

In Nederland heeft men wel een evaluatie om de vijf jaar, via een doorgedreven onderzoek. Daar kan men de abortuspraktijk tenminste goed evalueren. Hier moeten wij eigenlijk gissen hoe het vandaag loopt. Via hoorzittingen horen we verschillende mensen, maar ik vind het jammer dat we geen rapport hebben, noch een doorgedreven onderzoek zoals dat in Nederland de praktijk is. Daar doet men voor elke ethische wetgeving om de vijf jaar een doorlichting. Wij hebben hier niets, nul, summiere gegevens.

Ik vind het heel, heel moeilijk om zonder aanbevelingen te werken en wetgeving zomaar te gaan veranderen zonder dat we weten waarover het gaat en zonder te weten welke aanbevelingen bepaalde specialisten daarover hebben. De gegevens die de evaluatiecommissie heeft zijn trouwens ook heel summier. Er moet worden nagegaan op welke manier we die kunnen uitbreiden.

Ik vind dit een heel slechte gang van zaken en ik hoop dat het in de komende weken opgelost raakt. Anders meen ik dat er moedwil achter zit, iets wat ik eigenlijk niet wil denken. Dit duurt immers intussen al zes jaar.

18.10 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Cette histoire est un peu bizarre! Je ne vais pas épiloguer sur les raisons, les motifs et quant à savoir s'il faut y chercher malice ou non, mais le fait est que nous avons un sérieux problème et que nous devons le régler. Vous devez faire votre job et prendre l'arrêté royal qui permettra à cette commission d'être concrètement installée.

Je répète encore, madame la ministre, que le secrétariat a effectivement enregistré et rassemblé ces données. Elles sont collationnées et, dès lors, il n'y a pas de raison d'attendre la mise en place de la commission.

Quand la commission sera en place, elle fera ses recommandations. En attendant, je demande que soient mises à notre disposition toutes les données récoltées par elle. Cela permettra d'éclairer de manière objective les discussions en cours au niveau de la commission Justice. Nous attendrons alors que la commission soit installée pour obtenir les recommandations issues de ses données.

Je me permets d'insister auprès de vous. Cela me semble une évidence: depuis plusieurs années, nous sommes dans une situation exceptionnelle avec ce vide et ce non-respect de la législation. Appliquons et respectons la législation en prenant cette décision qui, à tout le moins, nous permettra d'avancer.

18.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Moi aussi, je suis étonnée par le retard pris dans la transmission de la double liste. Attendre quelques semaines encore me semble très long. Cela fait un mois que vous avez cette double liste. C'est un arrêté qui, à mon avis, devrait être consensuel. Par ailleurs, le fait que la commission transmette les chiffres est un peu compliqué parce qu'il n'y a pas eu de validation, mais les données ont aussi été récoltées et transmises par l'INAMI. Il y a donc une source d'information directe de ces chiffres bruts et non pas de rapport.

18.12 Minister Maggie De Block: Neen, de gegevens die geregistreerd worden, kunnen alleen na validatie vrijgegeven worden. Wij zullen geen alternatief circuit voor gegevens ontwikkelen.

Ik ga ermee akkoord dat dit nu veel te lang duurt, door allerlei redenen. Men vond niet genoeg mensen om die commissie samen te stellen. Dan heeft het ook lang geduurd vooraleer de aanpassing in de Kamer was goedgekeurd. Nu heeft het lang geduurd om aan die lijst uit te geraken omdat er niet genoeg expertise was, onder andere ook bij de FOD. Daar zei men eerst dat ze dat niet moesten doen, dat dit hun taak niet was.

Wij kunnen geen alternatieve cijfers geven. Dit zijn de cijfers die, zoals de wet voorschrijft, door de commissie worden verzameld. Die moeten gevalideerd worden en het koninklijk besluit is in de maak.

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

19 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medicinale cannabis" (nr. 25382)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de regulering van het gebruik van cannabis voor medicinale doeleinden" (nr. 25404)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "cannabis voor medische doeleinden" (nr. 25537)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kweek van cannabis voor mediceaal gebruik in België" (nr. 25800)

19 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage médicinal du cannabis" (n° 25382)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la régulation du cannabis à usage médical" (n° 25404)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cannabis à usage médical" (n° 25537)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la culture du cannabis thérapeutique en Belgique" (n° 25800)

19.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, wij lezen in de pers dat in Limburg alles in gereedheid wordt gebracht om de eerste legale wietplantage in ons land operationeel te maken, in navolging van andere

landen, zoals Canada, een voortrekker op dat vlak, waar medicinale cannabis sinds 2001 is toegelaten. Blijkbaar staat ons wettelijk kader dat nog in de weg. Dat weten wij allemaal.

Volgens ons is het belang van veilige, medisch geteste en bewezen toepassingen primordiaal, zodat patiënten of ouders van patiënten zich niet meer moeten wenden tot illegale praktijken met mogelijk onveilige producten tot gevolg.

Ik heb hierover twee vragen, mevrouw de minister.

Wanneer zullen de door u aangekondigde wettelijke bepalingen er zijn?

Zullen er voldoende garanties zijn dat de toepassingen op een medisch verantwoorde manier de juiste doelgroep bereiken?

19.02 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, plusieurs études à travers le monde tendent à montrer que le cannabis peut avoir des vertus médicales dans le traitement de la douleur et de certaines pathologies. Ainsi, il apparaît qu'un des cannabinoïdes, le CBD, serait très efficace dans le traitement de l'épilepsie grave infantile.

Au regard de son efficacité, plusieurs pays dont les États-Unis, le Canada, la Suisse ou l'Allemagne autorisent ou s'apprêtent à autoriser, sous conditions, l'utilisation du cannabis à usage médical.

Récemment, la presse relayait le cas d'une petite fille épileptique de neuf ans dont les crises ont cessé suite à l'usage d'huile de cannabis. Or, eu égard à la législation en vigueur dans notre pays, les parents de l'enfant sont à présent poursuivis en justice. Face à cette situation et à la détresse de cette famille, votre cabinet aurait déclaré qu'il y avait lieu de permettre un accès au cannabis pour le milieu pharmaceutique étape par étape.

Madame la ministre, pouvez-vous nous préciser quelles sont ces étapes? Par ailleurs, au vu de ce qui se fait au Canada, aux États-Unis, en Suisse ou en Allemagne, seriez-vous encline à autoriser des projets pilotes concernant l'utilisation du cannabis à usage médical? Si tel n'est pas le cas, comment justifiez-vous cette position? Enfin, pouvez-vous nous détailler les freins qui vous empêchent de légaliser ce genre de produit pour un usage strictement médical?

19.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik kan mijn collega's aanvullen. We staan inderdaad voor de aanvraag of organisatie van een eerste legale wietplantage in Limburg, maar het is ook bedoeld als onderzoekscentrum voor medicinale cannabis.

Hebt u contact met dit bedrijf? Welke wetgevende stappen dienen er gezet te worden vooraleer deze onderneming effectief van start kan gaan? Zal dat gebeuren?

Indien alle wettelijke stappen werden gezet, hoe zult u dan de kwaliteit van de producten bepalen en garanderen dat patiënten/gebruikers geen nadelen ondervinden?

Ten slotte, op mijn heel oude mondelinge vraag nr. 432 antwoordde u ooit dat er een opening kan zijn voor het medisch gebruik van cannabis in een strikt gereguleerd, evidencebased kader. U hebt dit onlangs ook nog in de media zo gesteld. Betekent de opstart van deze onderneming nu dat we stappen vooruit kunnen zetten, of dat u dat kunt, in het toelaten van medicinale cannabis binnen het evidencebased kader?

19.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai été étonnée d'apprendre par la presse qu'une collègue de l'Open Vld affirmait que vous prépariez un arrêté royal visant à légaliser la culture du cannabis thérapeutique afin d'en produire de l'huile, en vue de l'utilisation, notamment, sur des enfants atteints d'épilepsie lourde. C'est de cette manière que j'ai eu accès à cette information.

J'ai été étonnée, parce que nous avons déjà eu de nombreux échanges sur l'extension de l'usage du cannabis à usage médical et médicinal, à laquelle je suis tout à fait favorable. Je n'ai pas de critique à formuler si telle est l'évolution des choses, mais j'aimerais recevoir des informations de votre part. Confirmez-vous ces informations et les motivations de cette possible autorisation? Je voudrais comprendre pourquoi vous étendriez spécifiquement l'usage à l'épilepsie chez les mineurs. Est-ce en lien uniquement avec le projet de la firme productrice? Ou d'autres facteurs sont-ils pris en compte en la matière?

J'ai malgré tout envie d'élargir le champ de la question en vous demandant quand un usage élargi du cannabis sera autorisé pour toute une série de pathologies. D'autres pays l'ont fait, et les patients en sont satisfaits.

19.05 Minister **Maggie De Block**: Er zijn twee elementen in deze kwestie.

Ten eerste, er is de mogelijkheid om cannabis of cannabinoïde voor medicinale doeleinden te gebruiken. Ik herinner u aan het KB voor Sativex dat ik heb opgesteld, dat weliswaar helemaal gericht is op het gebruik door MS-patiënten met spasmen die niet reageren op de gewone geneesmiddelen. Bij medische evidentie konden hiervoor ook andere zaken in aanmerking komen.

Ten tweede, er is het feit dat wij in ons land geen teelt hebben om op een gestandaardiseerde manier onderzoek te doen naar de werking van cannabis als grondstof voor medicinaal gebruik. Er wordt veel gezegd over alle mogelijke werkingen ervan, maar er is nog geen onderzoek naar gebeurd.

Mijn diensten werken aan een voorstel van wettelijke bepalingen voor de teelt van de gestandaardiseerde cannabis als grondstof voor medicinaal gebruik. Dat is een voorstel dat in de regering moet worden besproken. Wij zijn daarvoor nu tal van adviezen aan het inwinnen.

Ik benadruk dat de wettelijke bepalingen, onder andere voor onderzoek naar cannabis, mogelijk zullen worden gemaakt voor alle bedrijven in ons land die zich daaraan willen begeven. Zij zullen ook aan veiligheidseisen en wetenschappelijke vereisten moeten voldoen. Zij zullen dus zelf niet mogen verkopen, zoals dat ook in Nederland het geval is.

Wat geneesmiddelen op basis van cannabis betreft, zijn enkel farmaceutische specialiteiten toegelaten. Zij worden immers slechts vergund na een strenge evaluatieperiode. Dit gebeurt niet om de farmaceutische industrie een cadeau te doen, maar wel om de kwaliteit, de veiligheid en de doeltreffendheid van dergelijke geneesmiddelen te garanderen.

Als men die producten aan kinderen wil geven, hebben wij er volgens mij alle belang bij dat de veiligheid gegarandeerd is.

In verband met deze grondstof wil ik stap voor stap werken aan een wettelijk kader. Ik ga slechts verder als hiervoor een voldoende wetenschappelijke basis is.

Une première étape a déjà été franchie par un arrêté royal en 2015, avec la possibilité de mise sur le marché de spécialités à base de cannabis. L'étape suivante sera la possibilité de culture de cannabis à des fins de recherche scientifique et d'usage médical. En fonction des résultats des recherches, d'autres applications pourraient être envisagées. Aujourd'hui, nous ne sommes pas encore arrivés à l'étape d'autorisation de l'utilisation du cannabis médical.

J'insiste par ailleurs sur le fait que depuis 2015, la possibilité existe de mettre des spécialités pharmaceutiques à base de cannabis sur le marché. Un tel produit est déjà disponible pour les patients dans certaines indications. Il est primordial de garantir la sécurité de ces produits. J'estime qu'une approche prudente est nécessaire.

Een firma heeft inderdaad gevraagd of het een wetenschappelijk project in een reconversiesite in Limburg, in Kinrooi, mocht ontwikkelen. De nodige stappen werden alvast gezet, maar ik heb gemeld dat er een gebrek was aan een wettelijk kader. Wij zijn uiteraard voorstander van een gecontroleerde kweek wanneer die kan dienen als grondstof voor wetenschappelijk onderzoek, want dat zal ons informatie geven over bijkomende toepassingen. Het wettelijk kader daarvoor bestaat echter nog niet en ik kan dat momenteel dus niet toelaten, zelfs niet als proefproject, aangezien dat proefproject over meerdere jaren loopt. Zonder een wettelijk kader kan dat niet. Wij hebben daarom het algemeen wettelijk kader geanalyseerd en een voorstel geformuleerd dat die lacune zou kunnen verhelpen. Dat voorstel geldt dan meteen op gelijke wijze voor alle potentiële bedrijven, want als in Kinrooi gekweekt kan worden, dan kan dat ook op andere plaatsen in ons land.

Dat werk werd in alle stilte en discretie verricht en dan komt er het geval van cannabisolie bij een jonge patiënte, voor wie men een vermeende gunstige evolutie meent op te merken dankzij die cannabisolie. Dat

heeft er echter niets mee te maken, want het is geen olie die daar wordt gemaakt.

Dat is in de actualiteit gekomen omdat de leverancier van die cannabisolie nog 250 andere afnemers had naast die familie, waarna het gerecht een inval heeft gedaan en alles in beslag heeft genomen. Dit om aan te tonen hoe iets allemaal kan rollen en hoe twee dossiers door elkaar worden gehaspeld.

En dan is de vraag of ik tegen cannabis als geneesmiddel ben. Wie zou ik zijn om onze patiënten een betere pijnstillert of een beter middel tegen spasmen te ontzeggen? Het moet echter wel aan alle vereisten voldoen, zoals met de farma-aanvragen.

Het moet een veilig, betrouwbaar en stabiel product zijn. Wij moeten dus eerst een gecontroleerde kweek hebben vooraleer een stabiele grondstof kan worden ontwikkeld.

Wij zullen er wel komen, alleen zijn twee heel verschillende dossiers door elkaar gehaspeld. Ik zie bovendien dat de reacties altijd anoniem en soms heel bizar zijn.

Alles voor de veiligheid van de patiënt. Ik wil geen doden op mijn geweten hebben.

19.06 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, het zal u misschien verbazen, maar ik ben het helemaal eens met uw voorzichtige benadering in het dossier. U hebt mij over de cannabisolie ook niet horen meehuilen met de wolven in het bos. U hebt inderdaad gelijk dat het goed gecontroleerd en wetenschappelijk onderbouwd moet gebeuren. Ik dank u voor de stand van zaken. Als er inderdaad mensen mee geholpen kunnen worden, hoop ik dat er snel vooruitgang op dat vlak kan worden geboekt.

19.07 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Er worden kleine stapjes gezet en dat is in elk geval positief. Ik zit ook helemaal op de lijn dat een en ander breder moet kunnen, maar binnen het evidencebased kader.

19.08 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie d'avoir clarifié les informations un peu confuses.

Je suis favorable au fait qu'on autorise la recherche pour l'utilisation du cannabis dans la production de médicaments. Des produits et des expériences existent ailleurs et sont peut-être utilisables chez nous sans devoir refaire toutes les recherches.

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

La **présidente**: Les questions n° 25406 de Mme Nathalie Muylle, n° 25707 de Mme Leen Dierick et n° 25771 de M. Jean-Jacques Flahaux sont transformées en questions écrites.

*La réunion publique de commission est levée à 17.12 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.12 uur.*