

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 15 MAART 2016

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

du

MARDI 15 MARS 2016

Après-midi

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 16.19 uur. De vergadering wordt voorgezeten door juffrouw Yoleen Van Camp.

Le développement des questions et interpellations commence à 16.19 heures. La réunion est présidée par Mlle Yoleen Van Camp.

01 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koninklijk besluit betreffende het antibioticagebruik bij dieren" (nr. 9140)

01 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté royal relatif à l'utilisation d'antibiotiques chez les animaux" (n° 9140)

01.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb deze vraag ook gesteld aan minister Borsus, maar ik vond heel weinig gehoor voor de bestaande bezorgdheden. Het antibioticagebruik bij dieren kende immers een lichte daling in de eerste jaren na de oprichting van AMCRA, maar de laatste resultaten tonen weer een stijging en dit is echt alarmerend.

U werkt samen met minister Borsus aan een herziening van het KB, waarin ook het gebruik van die kritische antibiotica wordt geregeld. De doelstellingen van dat plan zijn ambitieus. De vraag is ook aan u gericht omdat u er als minister van Volksgezondheid alle belang bij hebt dat het antibioticagebruik bij dieren wordt teruggedrongen, en dan vooral dat van de kritische antibiotica voor humaan gebruik.

Ik stel deze vraag aan u omdat u als minister van Volksgezondheid en huisarts volgens mij het belang van kritische antibiotica voor humaan gebruik niet zal ontkennen.

Klopt het dat de op tafel liggende wijziging aan het KB ervoor zal zorgen dat de voorraadperiode voor de nabehandeling van antibiotica nog wordt opgetrokken? Die periode bedroeg vijf dagen en zou nu naar drie weken worden opgetrokken. Wat is hiervoor het motief?

Ik heb al gemerkt dat er wordt verwezen naar sommige bijsluiters, waarin een behandelingsduur van drie weken staat, maar zelfs bij die types van antibiotica is het aangewezen om de dierenarts om de vijf dagen op controle te laten komen voor de effectiviteit. Dit argument gaat voor mij dan ook niet op. Vindt u het verantwoord dat veehouders een voorraad hebben van drie weken? Meent u niet dat dit de doelstelling van AMCRA ondermijnt?

Welke betrokkenen – u als minister van Volksgezondheid, de minister van Landbouw, de dierenartsen, de farma of de veehouders – zijn vragende partij om de voorraadperiode op te trekken? Bent u als minister van Volksgezondheid het daarmee eens?

Volgens het KB zouden kritische antibiotica enkel nog in bepaalde gevallen mogen worden gebruikt. Die antibiotica zouden echter ook mogen worden toegediend door een veehouder, uit zijn voorraad van twee maanden en zonder staalname als dit niet mogelijk is of in dringende gevallen. Vindt u het verantwoord dat veehouders die kritische antibiotica op eigen houtje mogen gebruiken? Ik vind dit een belangrijke achterpoort.

Begrijpt u dat dit de kritische antibiotica in de humane geneeskunde nog verder in het gedrang brengt? Vindt u het kunnen dat een levensreddende behandeling niet meer zou aanslaan bij mensen omwille van dit overgebruik en ongeremd gebruik in de veehouderij? Ik zie hier twee achterpoorten die de doelstellingen van AMCRA ondermijnen. Ziet u dit ook?

Wie heeft de uitzondering toegestaan om een staalname te kunnen passeren bij dringende gevallen? Gaat u akkoord met het gebruik van kritische antibiotica in dergelijke gevallen? Meent u niet dat er altijd een voorafgaande staalname moet worden uitgevoerd?

Hoe zit het met het advies van de Hoge Raad van de Orde der dierenartsen en de Landbouwrap? Wat stelt dat advies? Zal er voor de verandering rekening worden gehouden met dat advies?

Ik heb nog een vraagje over de aanleiding voor de herziening van het KB. Men zou de uitzondering voor jonge dieren, waarop de Europese Commissie kritiek had, willen wegwerken. Nu wordt inzake de registratie van geneesmiddelen een nieuwe uitzondering toegestaan voor kalveren en biggen. Vindt u het opportuun dat deze uitzondering wordt ingevoerd, zodat wij niet van alle geslachte dieren zullen weten met welke medicatie zij werden behandeld alvorens zij in de voedselketen terechtkomen?

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, ik wil wel, maar tot nader bericht ben ik niet de minister van Landbouw. Het is natuurlijk vanzelfsprekend dat wij nauw samenwerken rond dit onderwerp. U zult begrijpen dat mijn antwoord gelijklopend zal zijn aan het antwoord dat u kreeg van minister Borsus, mijn collega, op 27 januari. Ik ben trouwens naar de Europese informele vergadering in Amsterdam geweest tijdens de krokusvakantie, die juist ging over het gebruik van antibiotica. Ik had het genoeg om daar met een van de mensen van het kabinet-Borsus twee dagen lang de bespreking rond het antibioticagebruik bij dieren, inbegrepen de biggen en kalveren, te volgen.

In het ontwerp van koninklijk besluit waarover u het hebt, staat inderdaad een herziening van het koninklijk besluit van 23 mei 2000 houdende bijzondere bepalingen inzake het verwerven, het in depot houden, het voorschrijven, het verschaffen en het toedienen van geneesmiddelen bestemd voor dieren door de dierenarts en inzake het bezit en het toedienen van geneesmiddelen bestemd voor dieren door de eventuele verantwoordelijke voor de dieren, dus de landbouwers zelf.

Dat is nog het voorwerp van overleg, dat plaatsheeft met de dierenartsen, de landbouwers en de drie betrokken administraties, zijnde het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, het FAVV en het DG4 van Volksgezondheid. De strijd tegen de antibioticaresistentie is nodig en is dan ook een prioriteit voor ons land, want wij scoren op dat vlak slecht; dat is ook nog duidelijk gebleken op de Europese vergadering. Het koninklijk besluit voert die strijd natuurlijk op, want het gevaar van zo'n grote consumptie van antibiotica is natuurlijk resistentie bij mens en dier.

Alle gegevens over het gebruik van antibiotica zullen verplicht moeten worden doorgegeven aan een centrale databank. Nu bestaat die niet, nu weten wij alleen hoeveel antibiotica er verkocht worden, maar wij weten niet aan wie en hoeveel er eigenlijk gegeven worden. Onze Nederlandse collega's zijn veel strenger voor de aankoop van antibiotica, maar wij weten dat er in onze grensstreek toch een zeer grote aankoop van antibiotica is. Wij zullen dan echt kunnen weten welk deel van die antibiotica verbruikt worden en ingespoten of gegeven worden.

In een eerste fase zal dat worden gedaan voor kwetsbare sectoren, zoals de kalveren en de vleeskalveren, maar ook de varkens en het pluimvee, waarna het zal worden uitgebreid.

Het gebruik van kritisch belangrijke antibiotica wordt ook aan voorwaarden gekoppeld.

Het preventief gebruik, waarnaar u verwijst, wordt verboden, tenzij het om intramammair gebruik gaat.

Tegelijkertijd werk ik samen met mijn collega bevoegd voor Landbouw aan een convenant met de betrokken partijen, die vrijwillige maatregelen bevat om de doelstellingen van AMCRA te halen op het vlak van de vermindering van het gebruik van antibiotica, kritische antibiotica en gemedicineerde dierenvoeders met antibiotica, dus voedsel waarin sowieso al antibiotica zijn vermengd.

Het huidige ontwerp van koninklijk besluit stelt de dierenarts in staat geneesmiddelen voor te schrijven of te verschaffen voor de behandelingsperiode die zij of hij nodig acht, zij het gedurende een maximum van drie

weken. Die bepaling is strenger dan de Europese wetgeving, die eigenlijk geen limiet definieert.

Wij willen dus een goed evenwicht vinden tussen de verantwoordelijkheid van de dierenartsen, die natuurlijk bekwaam zijn om over de vereiste duur van de behandeling te oordelen, en de mogelijkheid om misbruiken te hebben indien geen limieten zouden worden bepaald.

De veehouders mogen kritisch belangrijke antibiotica bezitten in het kader van diergeneeskundige bedrijfsbegeleiding voor twee maanden, maar enkel indien de initiële diagnose van hun dierenarts en de daaraan verbonden analyses aantonen dat de klassieke antibiotica niet efficiënt zijn. Dat betekent met andere woorden dat de geïdentificeerde bacterie resistent is. Die resistentie moet worden gemotiveerd en beschreven.

Het gaat om dezelfde algemene voorwaarde die aan de dierenartsen wordt opgelegd voor de behandeling met behulp van die antibiotica. Het betreft hier dus toch wel een verstrenging.

In dringende gevallen kan de dierenarts voor elk dier afzonderlijk kritisch belangrijke antibiotica toedienen in afwachting van het resultaat van de analyse van het monster. U weet immers dat, zoals in de menselijke geneeskunde, een analyse van een bacterie in een staalafname minstens drie dagen duurt. Dat is een punt waarop wij nog geen vooruitgang hebben geboekt. Bij een bacteriologische plaat vergt het drie dagen om af te lezen of er al dan niet groei is.

Dat kan enkel onder voorwaarden die ook veel strikter zijn dan de huidige.

Tot slot blijft er een uitzondering op de verplichte inschrijving van de behandeling in het register van het bedrijf voor biggen en kalveren jonger dan een maand. Dat heeft te maken met de structuur van de veehouderij in ons land, die meer individueel aangepaste behandelingen vereist bij de jongste dieren. Een verplichte inschrijving van deze gevallen lang voordat ze geslacht worden, zou op dit moment disproportioneel zijn ten opzichte van de nagestreefde doelstelling. Bovendien zijn deze gegevens beschikbaar in het uitgaand register van de dierenarts.

Mijn collega bevoegd voor Landbouw heeft eind januari de adviezen waar u naar vraagt ontvangen van de Nationale Landbouwwraad en de Hoge Raad van de Orde der dierenartsen. Er werd rekening mee gehouden in het ontwerp dat nu in voorbereiding is en dat aan de Raad van State voor advies zal worden voorgelegd.

Er wordt algemeen erkend door alle actoren dat met deze nieuwe wetgeving en het convenant een grote stap vooruit wordt gezet in de strijd tegen het excessief gebruik van antibiotica en dus ook tegen de onvermijdelijke antibioticaresistentie die daarmee gepaard gaat. We zullen ook voor het eerst over betrouwbare cijfers beschikken over het gebruik van antibiotica tot op het niveau van het bedrijf. We zullen ook weten welke dierenarts welke antibiotica gebruikt.

Op basis van die gegevens vindt ongeveer een jaar na de inwerkingtreding van deze bepalingen een eerste evaluatie van de nieuwe maatregelen plaats. Als dat niet de gewenste richting uitgaat zullen er nog strengere bepalingen komen.

01.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb mijn bezorgdheden daaromtrent al duidelijk gemaakt in de vraagstelling. Ik heb ze ook meegedeeld aan minister Borsus. Het klopt dat het convenant en het KB een verbetering vormen, maar niet met die twee achterpoorten. Gelukkig is er een evaluatie en daardoor zullen we dit na een jaar objectief kunnen vaststellen. Wij volgen dit dan ook op.

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

02 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "assistentiehonden in ziekenhuizen" (nr. 9201)

02 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les chiens d'assistance dans les hôpitaux" (n° 9201)

02.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, deze vraag gaat over een Vlaams decreet van 28 juni, waarin duidelijk staat dat exploitanten die mensen met een assistentiehond de toegang tot een

publieke plaats weigeren, strafrechtelijk vervolgd kunnen worden. Zo kunnen bijvoorbeeld politiediensten optreden en processen-verbaal opstellen.

In de ziekenhuizen volgt men dit decreet vaak niet, en die ziekenhuizen vallen onder uw bevoegdheid. Men schermt er met een advies van de Hoge Gezondheidsraad uit 2004, dat stelt dat "de toegang van geleidehonden tot acute verzorgingsinstellingen verboden is behoudens tegenbericht, gemotiveerd door het comité voor ziekenhuishygiëne van de desbetreffende instelling".

Ik hoef er geen tekening bij te maken dat dit vaak voor problemen zorgt in ziekenhuizen, waarbij de assistentiehond niet mee mag met zijn of haar eigenaar en dat met alle gevolgen van dien. Nochtans is het zo dat deze honden perfect in orde zijn met vaccinaties en ontwormingen en dat zij heel vaak gecontroleerd worden. Dit Vlaams decreet faciliteert dus hun toegang, want er is geen aantoonbaar gevaar voor de hygiëne.

Bent u op de hoogte van deze problematiek? Hebben deze berichten u ook bereikt?

Is het mogelijk om de ziekenhuizen, bijvoorbeeld door middel van een rondzendbrief, attent te maken op deze problematiek en zeker de Vlaamse ziekenhuizen, die ons hebben gecontacteerd met betrekking tot de problematiek, nog eens te wijzen op het decreet en op het feit dat zij dit dienen te volgen?

Heeft de Hoge Gezondheidsraad gegronde redenen, dus wetenschappelijke onderzoeken, die aantonen dat de assistentiehonden een gevaar vormen in de ziekenhuizen en om dit advies, dat in strijd is met de huidige wetgeving, toch te handhaven ondanks herhaaldelijke vragen vanuit de sector?

Is het niet mogelijk om gesprekken aan te knopen met de Hoge Gezondheidsraad, zodat zij hun advies hieromtrent kunnen bijstellen?

02.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, dit is een problematiek die reeds jaren terugkomt in deze commissie en waarover in het verleden reeds meerdere parlementaire vragen zijn gesteld. Het is duidelijk dat in het kader van het probleem van assistentiehonden in ziekenhuizen twee belangen met mekaar in conflict komen. Enerzijds is er het belang van niet-discriminatie van personen met een beperking en, anderzijds, is er het belang van de patiëntveiligheid en meer specifiek het belang van hygiëne in een omgeving waar veel mensen verblijven met soms ook een verminderde immuniteit.

Wat het advies van de Hoge Gezondheidsraad betreft, is het van belang eraan te herinneren dat het advies van 2004 achteraf nog werd versterkt door een gelijkaardig advies van 2006, dat ging over de al dan niet heilzame effecten van de aanwezigheid van gezelschapsdieren in zorginstellingen, wat nog eens opnieuw werd bevestigd in de brief nr 9156 van 2014.

De inhoud van die aanbevelingen ligt in dezelfde lijn van wat er aan de bevoegde overheden en aan de medisch verantwoordelijken van de zorginstellingen werd meegedeeld. Sinds 2006 is er geen enkel recent nieuw gegeven dat ons toelaat om de feitelijke inhoud van beide voormelde documenten in vraag te stellen. De wetenschappelijke argumenten om de toegang van gezelschapsdieren tot acute zorginstellingen te verbieden, zijn gebaseerd op de noties van reële risico's die goed zijn vastgesteld en beschreven voor infectieziekten die worden overgedragen bij herhaalde contacten tussen dieren en personen in een slechte gezondheidstoestand die al in behandeling zijn en van wie het immuunsysteem is verzwakt. Gelet op de aangetoonde risico's is de Hoge Gezondheidsraad dus nog steeds van mening dat de toegang van assistentiehonden en andere gezelschapsdieren tot acute zorginstellingen moet worden verboden, behoudens andersluidend en gemotiveerd advies van het comité voor ziekenhuishygiëne van de betrokken instelling.

Ingeval er van het verbod wordt afgeweken, is het de verantwoordelijkheid van de directie van de instelling, op advies van het comité voor ziekenhuishygiëne, om passende maatregelen te nemen, zodat de toegang van het dier tot het ziekenhuis op een correcte manier wordt beheerd en inzonderheid een reglementair beschreven procedure wordt opgesteld om het risico van overdracht van infectieziekten van het dier naar een patiënt tot een minimum te herleiden. Dit reglement moet onder andere beschrijven welke zones toegankelijk zijn voor de dieren en welke de toegelaten toegangs- en contactmodaliteiten zijn.

Er dient op te worden gewezen dat het feit dat een assistentiehond in orde is met zijn vaccinatie en zindelijk is, niet wil zeggen dat er geen enkel infectierisico kan zijn in een acute zorginstelling, waar patiënten met

een verminderde immuniteit verblijven.

Wetenschappelijke referenties over dat onderwerp kunnen bezorgd worden. Gelet op de huidige wetenschappelijke evidentie waarover wij en de Hoge Gezondheidsraad beschikken in de laatste brief van 2014, meen ik dat een nieuw advies weinig zinvol zou zijn. Bovendien laat het bestaand advies de ziekenhuizen toe om zelf een policy te ontwikkelen ingeval een assistentiehond voor een patiënt tot een bepaalde afdeling zou moeten worden toegelaten.

02.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt. Ik kijk uit naar uw wetenschappelijke referenties. Ik heb ze nog niet gevonden, dus ik zal ze zeker grondig bekijken als ze mij bezorgd worden.

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

03 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "suikerhoudende frisdranken" (nr. 9216)

03 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les boissons rafraîchissantes sucrées" (n° 9216)

03.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, dit is een korte vraag over suikerhoudende frisdranken.

Een tijdje geleden las ik in een interview in de *Gazet van Antwerpen* dat de suikertaks op niet-suikerhoudende frisdranken te maken heeft met nadelige invloeden op het gebit. U zei in dat interview dat suikervervangers een even nadelige invloed hebben op het gebit. Er werd echter wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de invloed van drank op het gebit en daaruit blijkt dat suikerhoudende bruisende frisdranken een veel nadeligere invloed hebben op het gebit dan niet-suikerhoudende bruisende frisdranken met een smaakje, bruiswater en plat water.

Kent u deze resultaten? Waarop is uw uitspraak eigenlijk gebaseerd dat suikervervangers een even nadelige invloed zouden hebben op het gebit?

Een andere belangrijke factor is het gewicht en de gezondheid. Is dat een factor waarmee rekening werd gehouden bij het uitwerken van de taks?

03.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, ik wijs erop dat het uitwerken van deze taks een gemeenschappelijke bevoegdheid was met uw partijgenoot, minister Van Overtveldt, en dat u uw vraag dus ook aan hem mag stellen. Het was echt niet gemakkelijk.

Er is veel onderzoek beschikbaar dat de nefaste invloed van suikerhoudende frisdranken op het gebit aantoonst. De aandacht voor de impact van kunstmatig gezoete dranken is recenter. Een aantal studies toont aan dat er eigenlijk geen significant verschil wordt waargenomen tussen het erosieve potentieel van gesuikerde dranken en anders gezoete dranken. Daarom heb ik gezegd dat ze een even nadelige invloed hebben op het gebit. Beide categorieën hebben namelijk even hoge concentraties aan zuren. Het is net de herhaalde blootstelling aan zuren die zorgt voor de tanderosie. Het suikergehalte is dus verschillend van aard, maar het gaat om de zuren die erin zitten. Dat heb ik ook vermeld.

Tanderosie komt niet alleen vaker voor, het treedt ook meer op bij jonge patiënten en kinderen. Sinds 2000 verschenen daarover tal van studies in internationale tijdschriften. De meeste studies hebben betrekking op kinderen en jonge adolescenten, omdat op hun leeftijd de erosie sterk gelinkt is aan de levensstijl.

In een studie van 2010 bij 2 251 IJslandse kinderen werd aangetoond dat op de leeftijd van 12 jaar 16 % minstens één aangetaste tand had. Op de leeftijd van 15 jaar was dat al 31 %.

De cijfers en de tanden die het eerst worden aangetast, verschillen afhankelijk van het land en van de leeftijd van de kinderen, maar er speelt ook de factor van de gebruikte evaluatiemethode. Eigenlijk komt men tot dezelfde vaststelling. Als een erosie van melktanden wordt vastgesteld, zet die zich ook met verontrustende snelheid voort op de definitieve tanden.

Wat uw laatste vraag betreft, wij stellen inderdaad een sterke correlatie vast tussen de consumptie van

kunstmatig gezoete frisdranken en de ontwikkeling van diabetes type 2. U weet dat in ons land een half miljoen mensen getroffen is door diabetes type 2. Een deel van hen, zowat de helft, weet het zelfs nog niet. In 2013 heeft een grootscheepse studie van het Franse Institut national de la santé en de la recherche médicale, uitgevoerd bij 1 188 vrouwen uit de Cohorte E3N, een verband bevestigd tussen suikerarme of suikerloze dranken en diabetes type 2.

De Étude Épidémiologique auprès de femmes de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale is een prospectieve cohortstudie bij Franse vrouwen, geboren tussen 1925 en 1950, die sinds 1990 worden opgevolgd. De correlatie met diabetes, die deze studie vaststelt, blijkt groter te zijn bij lightdranken dan bij normale suikerhoudende dranken. Men heeft dit verband trachten te verklaren via onder andere de versterkte zin in suiker die bij de consumenten van deze dranken zou worden onderhouden en die leidt tot een grotere suikerinname via andere producten. Het valt in ieder geval aan te bevelen om niet te veel suikerhoudende en gezoete dranken te consumeren, en het gebruik van water als enige noodzakelijke drank te stimuleren.

Men beveelt ook aan om niet meer dan twee van dergelijke lightdranken per dag te gebruiken. Het is ook aangetoond dat het menselijk lichaam bij het drinken van een lightdrank niet altijd het verschil merkt tussen de suiker en de nepsuiker, waardoor er toch een insulinepiek komt. Na deze insulinepiek komt er een hongergevoel, meer bepaald een zin naar zoet, omdat het lichaam een abnormale respons geeft op die dranken.

Ook de invloed daarvan wordt onderzocht, onder andere bij diëten maar voornamelijk bij diabetes type 2. Betrokkenen geraken immers minder makkelijk aan hun streefgewicht, net omdat de consumptie van dergelijke dranken hun insulinemetabolisme ontregelt.

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

Die zuren kunnen uiteraard wel gelijk zijn in bruisende suikerhoudende en niet-suikerhoudende dranken. In de dranken met suiker gaat de zuurtegraad van het gebit alleen nog verlagen door de aanwezige suiker. Naast de wetenschappelijke referenties is het duidelijk dat bruisende suikerhoudende dranken schadelijker zijn voor het gebit, zelfs in termen van zuurverlaging van het gebit.

Ik zal ook die wetenschappelijke referenties met veel plezier opvragen en bekijken, ook inzake het verband tussen het gewicht en lightdranken en diabetes type 2. Het zou mij enorm verbazen en samen met mij de diëtisten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de lijst van vergoedbare middelen" (nr. 9219)

04 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la liste des produits remboursables" (n° 9219)

04.01 Yoleen Van Camp (N-VA): In antwoord op mijn vraag over de neussprays hebt u mij meegedeeld dat u het bureau van de CTG heeft gevraagd om de lijst van vergoedbare middelen uit te zuiveren. Wij zijn heel blij dat er gevolg wordt gegeven aan de vastgestelde problematiek die veel verder reikt dan de neussprays, zoals u overigens in uw vorig antwoord aangaf.

U zei dat het onderzoek nog loopt. Het is nu echt de deadline voor dat bureau van de CTG om die lijst uit te zuiveren.

Welke besparingen verwacht u hiermee te bereiken?

Wanneer verwacht u concreet dat u als minister die lijst van vergoedbare middelen kan aanpassen?

04.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, het onderzoek van het bureau van de CTG is ondertussen afgerond. Er wordt naar gestreefd om in 2017 een besparing op basis daarvan te realiseren, zoals opgenomen in het Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie. Het betreft een aantal producten, waarbij men vermoedt dat het rond de 30 miljoen euro zou kunnen opbrengen.

Het bureau voert nu reeds regelmatig onderzoek uit naar geneesmiddelen of geneesmiddelenklassen waarop ook bespaard kan worden. Op basis van dit onderzoek kan ik eventueel ook aan de CTG voorstellen om een herziening van een klasse uit te voeren, bijvoorbeeld van klasse 4 naar klasse 1 of omgekeerd.

Het is moeilijk te bepalen wanneer de lijst exact zal worden aangepast. Als een onderzoek afgerond is en een voorstel wordt ingediend bij de CTG, passeren er nog negen maanden voor het doorlopen van de CTG-procedure.

04.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor deze concrete antwoorden.

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

05 Vraag van mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de monitoring van de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 9222)

05 Question de Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le système de surveillance en matière de soins de santé mentale" (n° 9222)

05.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, deze vraag gaat over de monitoring van de geestelijke gezondheidszorg. Onlangs publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zijn rapport over de performantie van de Belgische gezondheidssystemen. Op basis van verschillende indicatoren probeert het rapport de performantie in haar totaliteit te onderzoeken.

In dat rapport zat ook een deel over de geestelijke gezondheidszorg. Het rapport waarschuwt voor een aantal beperkingen van de indicatoren waarmee binnen de geestelijke gezondheidszorg een beeld gegeven wordt van de performantie. Een aantal relevante indicatoren zoals casemanagement kon niet gebruikt worden wegens beperkingen in de huidige datastructuren.

Volgens het KCE-rapport blijft de performantiemonitoring in de geestelijke gezondheidszorg een grote uitdaging omdat men met de bestaande gegevenssystemen het volledige zorgtraject van de patiënten, met inbegrip van de ambulante zorg, niet voldoende kan opvolgen.

Mevrouw de minister, ik wil u hierover enkele korte vragen stellen. Wat is uw visie hierop? Deelt u de opmerking van het KCE over het gemis aan relevante indicatoren? Hoe zult u, en hoe kunt u, de gegevenssystemen verbeteren, zodat er een beter beeld gevormd kan worden van de performantie in de geestelijke gezondheidszorg?

05.02 Minister Maggie De Block: Ik heb inderdaad kennisgenomen van het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over de performantie van de Belgische gezondheidssystemen. Het principe een gemeenschappelijke bevraging te organiseren in alle geledingen van de geestelijke gezondheidszorg, ongeacht de bevoegdheid waaronder zij vallen, is reeds voorgelegd aan en ook aanvaard door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 24 juni 2013.

Toen is ook een technische werkgroep opgericht om op basis van het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 12 december 2013 een voorstel uit te werken over de inhoud van deze gemeenschappelijke bevraging.

Deze technische werkgroep heeft onlangs een voorstel afgewerkt, dat op dit moment in de interkabinettenwerkgroep Geestelijke gezondheidszorg met de deelstaten wordt besproken. Wij kijken of tussen de verschillende overheden een protocolakkoord kan worden afgesloten over de inhoud van de gemeenschappelijke bevraging, waarna het aan elke overheid is dit binnen haar eigen bevoegdheid in de regelgeving te integreren.

Kortom, het voorbereidend werk is gedaan. De bevraging ligt voor ter bespreking met de Gewesten.

05.03 Renate Hufkens (N-VA): Ik dank u voor uw antwoord, mevrouw de minister. Dat is zeer goed nieuws. Hebt u misschien een zicht op de timing? Wanneer kunnen wij dat protocol verwachten?

Voorzitter: Anne Dedry.

Présidente: Anne Dedry.

05.04 Minister **Maggie De Block**: Voor deze Interministeriële Conferentie is het te kort dag, want die zal al op 21 maart plaatsvinden, maar wij zullen naar de volgende Interministeriële Conferentie toe werken. Die zal plaatsvinden in de maand juni. Wij trachten er minstens drie op een jaar te houden, en eventueel nog een paar elektronische, wat ervoor zorgt dat wij met stip de actiefste Interministeriële Conferentie zijn.

De **voorzitter**: Wij zijn ook met stip de actiefste Parlementsleden.

05.05 **Renate Hufkens** (N-VA): Dat is goed nieuws. Zo hebben de Parlementsleden ook een richtdatum voor het indienen van nieuwe vragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 **Vraag van mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot artikel 107" (nr. 9223)**

06 **Question de Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les derniers développements relatifs à l'article 107" (n° 9223)**

06.01 **Renate Hufkens** (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb u al een paar keer ondervraagd over de uitdagingen inzake de implementatie van artikel 107 en de ongelijke verdeling in sommige delen van ons land.

Aansluitend vroeg ik u ook naar uw intenties om na te denken over een toekomstige focus op vijfenzestigplussers in het kader van artikel 107. In de commissie verwees u naar een communicatie van 25 januari aan de koepelorganisaties en de sector over de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg.

U zei ook aan het KCE de opdracht te hebben gegeven om een behoeftestudie uit te voeren naar de veroudering van de bevolking en de rol van artikel 107 daaromtrent.

Mevrouw de minister, ten eerste, wat was de inhoud van de communicatie van 25 januari 2016 aan de koepelorganisaties en de sector?

Ten tweede, wanneer zal de behoeftestudie van het KCE met betrekking tot de focus op vijfenzestigplussers in het kader van artikel 107 worden opgestart? Wat is de timing hiervoor?

06.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Hufkens, omdat de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg een gemeenschappelijk project met de Gewesten en de Gemeenschappen betreft, werd in de interkabinettenwerkgroep Geestelijke gezondheidszorg afgesproken om op 25 januari 2016 gezamenlijk te communiceren aan de koepelorganisaties.

Er werd onder andere stilgestaan bij de huidige situatie van de netwerken, de grijze of blanco zones en de mobiele equipes.

Tevens werd informatie verstrekt over de mogelijke inschakeling van de algemene ziekenhuizen in het kader van artikel 107 en werd aandacht geschonken aan de integratie van de crisiseenheden, met inbegrip van casemanagement voor personen in een psychische crisissituatie en voor personen in een psychoactieve middelengerelateerde crisissituatie.

Aangezien het de bedoeling is om de koepelorganisaties en de sector blijvend te betrekken bij het verder uitstippelen van de verdieping en verbreding van de hervorming, werd er reeds een oproep gedaan om mee te werken aan de oprichting van een overlegorgaan.

Een aantal voorstellen hieromtrent werden al ontvangen. Er werd gediscussieerd over de samenstelling van het overlegorgaan en over de planning van de operationalisering ervan.

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België wordt geïmplementeerd volgens leeftijdscategorieën. De netwerken voor volwassenen zijn opgestart in 2011 en vorig jaar hebben wij de netwerken voor kinderen en jongeren opgestart.

Voor de doelgroep van de ouderen – ook belangrijk gezien de vergrijzing – heb ik aan het Kenniscentrum een studie gevraagd naar de specifieke behoeften inzake het aanbod aan geestelijke gezondheidsvoorzieningen voor de doelgroep van de ouderen. Ik heb begrepen dat de studie aanvaard is door het Kenniscentrum, maar ik weet nog niet wanneer de studie gedaan zal zijn. Het is echter genoteerd dat u daar belangstelling voor hebt. Als zij klaar is, brengen wij u op de hoogte. Het is alleszins een belangrijke zaak, want door de vergrijzing worden ook meer ouderen getroffen door aandoeningen die wij onder de geestelijke gezondheidszorg kunnen brengen.

Voorzitter: Yoleen Van Camp.

Présidente: Yoleen Van Camp.

06.03 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, ik kan dat alleen maar bijtreden. De vergrijzing zorgt ervoor dat meer en meer ouderen het risico lopen op problemen met de geestelijke gezondheid. Ik ben heel blij dat u daarvoor al bij het KCE hebt aangeklopt.

Het betrekken van de koepelorganisaties bij het overleg is ook goed nieuws. Wij hebben er allen belang bij een integrale implementatie van artikel 107 te bewerkstelligen. Daarom is het belangrijk dat alle organisaties daarbij worden betrokken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorschrijfgedrag met betrekking tot antidepressiva" (nr. 9224)

07 Question de Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le comportement des médecins en matière de prescription d'antidépresseurs" (n° 9224)

07.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik verwijs nogmaals naar het recent performantierapport van het KCE. Niet alleen blijkt daaruit de moeilijke gegevensverwerking, maar ook dat de consumptie van antidepressiva in ons land in stijgende lijn is. Dat is niet echt verrassend, maar de gemiddelde consumptie in België bedraagt 71 dosissen per 1 000 inwoners per dag, beduidend meer dan het Europees gemiddelde van 64,6. Daarbij merkt het KCE bovendien grote regionale verschillen op tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel.

Boven op het hoog voorschrijfgedrag stelt het KCE vast dat bepaalde algemene richtlijnen niet worden opgevolgd. De meeste depressies vereisen ten minste drie maanden het gebruik van antidepressiva, maar in 47,4 % van de gevallen uit 2013 werd die richtlijn niet gevolgd.

Mevrouw de minister, in het kader daarvan heb ik de volgende vragen.

Wat is uw visie op het performantierapport van het KCE inzake de geestelijke gezondheidszorg en specifiek op het voorschrijfgedrag van antidepressiva?

Hoe verklaart u die stijgende consumptie, vooral in ons land?

Nog belangrijker, welke maatregelen zult u nemen om die trend terug te dringen?

Tot slot, hoe evalueert u het feit dat de richtlijn inzake het ten minste drie maanden gebruiken van antidepressiva niet wordt opgevolgd? Zult u in dat verband acties ondernemen?

07.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Hufkens, het performantierapport ziet veel bemoedigende tendensen in de Belgische gezondheidszorg, maar toch zijn er drie tendensen die alle ministers van Volksgezondheid en Welzijn in ons land inderdaad toch wel ernstig moeten nemen.

Een eerste tendens is het hoog aantal zelfdodingen, namelijk 18 per 100 000 inwoners in ons land, wat 50 % meer is dan het Europees gemiddelde. Deze middag ben ik nog gaan spreken voor een commissie in het Europees Parlement over de noden en de redenen waarom wij eigenlijk ook meer moeten inzetten op mentale gezondheidszorg.

Een tweede tendens is een verontrustende stijging van het aantal opnames in de psychiatrie.

De derde tendens is het stijgend gebruik van antidepressiva.

Er zijn meerdere oorzaken voor het stijgend gebruik van antidepressiva. Ik denk eigenlijk niet dat die oorzaken communautair zijn.

Vooreerst is er de vlotte toegang tot die medicatie, inbegrepen de vlotte financiële toegankelijkheid voor de patiënt die er soms zelf om vraagt. Daarom zal ik aan het platform Psychofarmaca van de FOD Volksgezondheid vragen om een gerichte campagne voor huisartsen te voeren, om alleen die patiënten met antidepressiva te behandelen voor wie dat aangewezen is. Er doen zich immers twee fenomenen voor. Enerzijds zijn er patiënten die misschien niet altijd antidepressiva nodig hebben, maar toch antidepressiva nemen. Anderzijds wordt een deel van de patiënten er niet mee behandeld, terwijl die patiënten net wel met antidepressiva behandeld zouden moeten worden; dus er is ook een gedeeltelijke onderbehandeling. Beide fenomenen zijn problematisch.

De richtlijn om minstens drie maanden antidepressiva te geven, wordt niet voldoende gevolgd. Veelal gaat het om kortdurend gebruik. Aangezien het gebruik zo vlug stopt, kan men ook niet spreken over de juiste indicatie, namelijk een ernstige graad van depressie of endogene depressies. Hoe minder de ernst, hoe spontaner en vlugger een natuurlijke verbetering te verwachten valt en hoe meer efficiëntiewinst kan worden geboekt voor de patiënt. Daarvoor moet het platform Psychofarmaca met eerder voornoemde campagne een doorstart maken, want blijkaar is de vorige boodschap die daarover werd gegeven niet krachtig genoeg geweest. De patiënten weten niet, als ze antidepressiva nemen, dat ze die voor minstens drie maanden moeten nemen. Evenmin weten alle voorschrijvers dat ze bij het voorschrijven van antidepressiva aan de patiënt moeten zeggen dat ze die minstens drie maanden moeten nemen. Er is daar nog heel veel werk aan de winkel.

Ik reken op de FOD Volksgezondheid om aan de bevolking de juiste, krachtige signalen te geven. Ook wij moeten dat ten allen tijde blijven doen.

07.03 Renate Hufkens (N-VA): De aandacht voor geestelijke gezondheidszorg kan vandaag niet groot genoeg zijn. Het aantal telefonische oproepen naar de zelfmoordlijn is zelfs nog gestegen en dat is zeer verontrustend.

U heeft met het plan voor jongeren al aangetoond dat u er absoluut werk van maakt, net als met uw plan om samen met Psychofarmaca een campagne te voeren bij de huisartsen.

Het lijkt mij dat te vaak gemakkelijksheidshalve antidepressiva worden voorgeschreven, als de huisarts niet goed weet wat hij moet doen en hij gewoon antidepressiva geeft in de hoop dat het snel zal beteren. Als men ze geen drie maanden neemt, maar sneller stopt en dan opnieuw begint, houdt dat ook risico's in. Ik kijk uit naar die campagne en blijf dit dossier opvolgen.

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

08 Question de M. Vincent Scourneau à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les possibilités d'économie pour les opérations de la cataracte" (n° 9256)

08 Vraag van de heer Vincent Scourneau aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke besparingen bij cataractoperaties" (nr. 9256)

08.01 Vincent Scourneau (MR): Madame la ministre, l'opération de la cataracte est l'une des opérations les plus pratiquées en Belgique, avec près de 120 000 interventions par an. Celles-ci sont habituellement pratiquées à l'hôpital de jour par un ophtalmologue. Néanmoins, une alternative bien plus économique réside dans la pratique de cette intervention dans des centres extra-muros. On en compte actuellement une trentaine dans le pays.

Cette pratique a été autorisée par l'INAMI. Quand elle se fait extra-muros, cette pratique respecte bien évidemment un cahier des charges et des normes très strictes en matière notamment de stérilité. Tout cela est donc tout à fait possible et légal.

Selon mes informations, la réalisation de cette opération dans le cadre hospitalier aurait un coût de 1 132 euros alors que la même prestation extra-muros ne coûterait que 807 euros, soit une belle économie qu'il serait possible de réaliser. Nous obtenons en effet une différence de 325 euros, ce qui, par exemple, rapporté à la moitié des opérations annuelles, permettrait une économie de près de 20 millions d'euros.

Outre cette économie non négligeable dans un contexte de difficultés budgétaires et d'économies, il faut aussi rappeler que la qualité des soins pour les patients est identique en centre extra-muros.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes. Quelle est votre position vis-à-vis de cette pratique qui est encore fort peu répandue puisqu'il y a à peine 30 centres au niveau du pays? Reconnaissez-vous ces chiffres et la possibilité de cette économie? J'ai eu de nombreux contacts avec des ophtalmologues qui m'ont confirmé ces chiffres. Envisagez-vous de favoriser ces interventions en centre extra-muros? Si votre réponse est négative, pourquoi ne serait-ce pas possible?

08.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Scourneau, depuis le 1^{er} mai 2009, les dispositions reprises à l'article 15, § 2, de la nomenclature des prestations de soins, sauf en cas de force majeure, obligeant les interventions d'une valeur égale ou supérieure à K120 ou N200 ou L200 à être effectuées dans une institution hospitalière agréée par l'autorité compétente et qui comprend au moins un service C ou D, ne sont pas d'application pour les prestations reprises à l'article 14 de la nomenclature.

Ces prestations faites en ambulatoire doivent être exécutées dans un environnement extra-muros, qui répond aux normes architecturales d'une fonction d'hôpital chirurgical de jour décrites aux articles 2 à 6 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997, fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction d'hospitalisation chirurgicale de jour pour être agréée. Elles doivent être réalisées sous anesthésie locale ou topique, n'exigeant pas de sédation du patient ni de besoins en accueil ou de surveillance directe par des infirmiers. Les interventions de la cataracte sont donc disponibles dans un centre extra-muros répondant aux normes décrites ci-avant.

Un des arguments mis en avant lors de la révision de la nomenclature a été la possibilité d'économies pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, notamment au niveau des journées d'hospitalisation et des forfaits hôpital de jour.

Selon les informations dont je dispose, les frais inhérents à la chirurgie de cataracte réalisée dans un centre extra-muros seraient mis à charge du patient. À titre d'exemple, je vous ai énuméré ci-après les frais repris sur la facture détaillée d'un centre ophtalmologique relatifs à l'opération de la cataracte avec mise en place d'une lentille intraoculaire et datant de 2013, hormis le code de l'opération même et les suppléments éventuels découlant du non-conventionnement du médecin. En effet, les ophtalmologues qui travaillent dans ces centres extra-muros sont peu conventionnés.

Pour l'amortissement et la maintenance de la salle d'opération de classe 1, il faut compter 190 euros. Pour le pack chirurgical phacoémulsification, il faut compter 170 euros. Pour le microscope opératoire Zeiss avec moniteur et enregistrement amortissant, ainsi que la maintenance, il faut compter 72 euros.

Pour la boîte à instruments liés à la chirurgie de la cataracte (Huco, de Suisse), il faut compter 37 euros d'amortissement et de maintenance. Pour Phaco Blade Disposable, 16 euros; pour les produits viscoélastiques et seringues de viscogel+, 52 euros.

Pour les produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques comme l'iso-Betadine, le Tropicol, le Phényléphrine, le BNX Minims, le Linisol, le Pilocarpine, l'Okacin, le Proflox, l'Ocal, le De Icol, Anallergic Tape for the eyeshield, il faut compter 28 euros tout compris.

Chambre et séjour pré- et post-opératoire équipés des fluides médicaux muraux: 110 euros; travail de l'instrumentiste en salle d'opération: 140 euros; travail du technicien en salle d'opération: 40 euros.

Le total représente nettement plus que les 350 euros d'économies indiqués dans votre question. Il s'agit d'une facture de 2013. Il appartient donc au patient de faire son choix en tenant compte des frais étant à sa charge lorsque l'intervention est effectuée extra-muros. Il est évident que je n'ai pas à encourager une pratique où un multiple de l'économie pour l'assurance est facturé au patient.

De vrije keuze van de patiënt voor de zorgverlener is voor mij essentieel. Als iemand zelf meer wil betalen in

een extra-muroscentrum, omdat hij daarvoor kiest, dan is dat voor mij goed, maar de geneeskundige handeling moet wel van dezelfde kwaliteit zijn. Anderzijds moet dezelfde kwaliteit er ook zijn voor iemand die in een ziekenhuis dezelfde...

Ce n'est pas à moi de choisir. C'est le patient qui fait son choix.

De **voorzitter**: U bent steeds welkom in de commissie voor de Volksgezondheid, mijnheer Scourneau. U merkt dat u hier uitgebreide en technische antwoorden krijgt. U krijgt het woord voor een repliek.

08.03 Vincent Scourneau (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. C'est assez technique, il est vrai. Vous avez donné tous les prix, on aurait pu ajouter un prix pour le café.

Je comprends que vous soyez sensible à la liberté du patient de faire son choix mais l'esprit de la question était de se demander si, dans le cas où une technique coûte moins cher à la sécurité sociale à tel endroit que tel autre, il ne serait pas opportun d'encourager cela. Je respecte votre choix, que je partage pour partie, mais si nous pouvions espérer une économie sur l'opération, il n'était pas inconsistant de tenter cette formule ou de la présenter sous ses meilleurs auspices.

Je ferai suivre ces informations au secteur.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le manque de transparence de la Commission européenne vis-à-vis des lobbys du tabac" (n° 9281)

09 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebrek aan transparantie van de Europese Commissie over haar contacten met de tabakslobby" (nr. 9281)

09.01 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, comme vous le savez, la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac de 2005 demande à ses signataires d'être transparents et responsables dans leurs relations avec l'industrie du tabac.

Une enquête a été ouverte par la médiatrice européenne, Mme Emily O'Reilly, à la suite d'une plainte déposée par l'ONG Observatoire de l'Europe industrielle concernant la politique de transparence de la Commission européenne vis-à-vis des lobbys du tabac.

En octobre dernier, la médiatrice européenne, Emily O'Reilly, qualifiait cette politique "d'inadéquate, peu sérieuse, et laissant à désirer".

Selon elle, la Commission ignore sciemment les lignes directrices de cette Convention en fermant les yeux sur l'influence des géants du tabac auprès de ses diverses directions générales. Elle soulignait d'ailleurs que seule la DG Santé a adhéré à la Convention, alors que toutes les branches de la gouvernance tombent sous son champ.

La médiatrice avait alors formulé une série de recommandations à la Commission qui avait jusqu'au 31 décembre dernier pour y répondre mais qui, apparemment, n'y a donné aucune suite.

Madame la ministre, les discussions autour d'une politique et d'un plan efficace de lutte contre le tabac s'intensifient dans notre pays depuis plusieurs semaines maintenant. Nous aurons, je l'espère, prochainement un débat au sein de ce Parlement dans ce cadre.

Alors que la lutte contre le tabac doit être sans faille, alors qu'on sait que l'industrie est prête à tout pour l'affaiblir et parer les différentes stratégies développées par les autorités publiques, le refus de la Commission européenne de répondre positivement aux demandes de davantage de transparence de la médiatrice européenne est évidemment inquiétant. Il ne peut que jeter la suspicion au regard de la force de frappe de l'industrie du tabac. Il me semble que cette question relative au manque de transparence de la Commission européenne vis-à-vis des lobbys du tabac est également importante et qu'elle devrait être dénoncée par le gouvernement.

Madame la ministre, estimez-vous nécessaire d'améliorer la politique de transparence de la Commission européenne envers les lobbys, comme le recommande la médiatrice européenne? Si oui, quelles mesures en matière de transparence s'imposent selon vous dans ce dossier pour régir les relations entre la Commission et ces lobbys? Ce point a-t-il été mis ou sera-t-il mis à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil de l'Union européenne en charge de la Santé?

De **voorzitter**: Mevrouw de minister, ik vul nog aan met erop te wijzen dat komende dinsdag normaal gezien een commissievergadering is gepland om die voorstellen te bespreken.

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik meende ook dat alle voorstellen die hier op tafel liggen, zouden worden besproken.

Monsieur Senesael, comme vous le savez, la convention-cadre de lutte antitabac de l'OMS traite de l'ensemble des aspects liés à la lutte contre le tabagisme y compris les relations entre autorités publiques et industrie du tabac. Elle s'applique donc à la Belgique mais aussi à la Commission européenne, étant donné que l'Union européenne a également ratifié le texte.

Sur base de l'article 5.3. de la Conférence des parties de la convention-cadre, on a approuvé des directives sur les échanges entre gouvernement et industrie. Ces directives n'ont quant à elles pas force de loi. En pratique, il s'agit donc de recommandations aux parties afin d'appliquer au mieux l'article 5.3.

Les discussions relatives à l'application de cette convention et de cette directive se tiennent en général lors de la Conférence des parties (la COP) et lors de la coordination européenne préalable permettant de définir une position commune en vue des négociations qui y sont tenues. La prochaine Conférence des parties se tiendra en novembre 2016.

09.03 **Daniel Senesael** (PS): Merci, madame la ministre, pour vos éléments de réponse qui donnent les explications quant au déroulement des travaux. J'entends donc bien qu'il faudra attendre jusqu'en mars 2016. Néanmoins, je reste avec mon sujet d'inquiétude parce qu'au 31 décembre, des recommandations avaient été formulées et des réponses devaient y être apportées. À ma connaissance, jusqu'à présent, aucune réponse n'a été formulée dans ce cadre. J'espère en tout cas que pour le mois de novembre, nous pourrions essayer d'éclaircir la situation et que vous serez à la manœuvre pour obtenir toutes les explications voulues et les informations nécessaires.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 9371 van de heer Pivin wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

10 **Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het levenloos geboren kind" (nr. 9399)**

10 **Question de Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les enfants mort-nés" (n° 9399)**

10.01 **Sonja Becq** (CD&V): Mevrouw de minister, in de commissie voor de Justitie zijn behoorlijk uitgebreide hoorzittingen gehouden over levenloos geboren kinderen en over de vraag van ouders om bij de diensten van de burgerlijke stand aangifte te kunnen doen.

Tijdens die hoorzittingen werden ook verschillende aspecten behandeld van de begeleiding, waarmee ouders van levenloos geboren kinderen te maken kunnen hebben en waarover vragen bestaan. Er is immers nood aan een specifieke begeleiding, ook bij levenloos geboren kinderen.

Ten eerste is er vraag naar een multidisciplinaire aanpak, waardoor de ouders een aangepaste begeleiding kunnen krijgen, nadat de betrokken vrouw bevallen is, zoals dat het geval is bij hoogrisicozwangerschappen, waarbij er een begeleiding is vóór, tijdens en na de bevalling.

Blijkbaar – dit is ook een vraag – zijn er vanwege het RIZIV niet meteen veel inspanningen om ondersteuning te bieden aan ziekenhuizen die de nazorg, indien ik dat zo mag formuleren, voor ouders van levenloos geboren kinderen op zich nemen.

Niet alle ziekenhuizen en zeker niet alle materniteiten beschikken over de nodige middelen om de nazorg op zich te nemen en de materie wordt ook niet meegenomen in de Maternal Intensive Care labels. Daartegenover wordt er wel in begeleiding en ondersteuning voorzien op basis van een conventie ingeval een kind vroeg gestorven is, dus binnen de achttien maanden na de geboorte.

Ten tweede zijn er vragen over de informatieverstrekking aan ouders met een levenloos geboren kind. Het gaat daarbij over informatie over de manier waarop zij een aangifte van de geboorte kunnen doen en over de al dan niet begraving. Het gaat ook om informatie over wat er gebeurt met en de behandeling van het stoffelijk overschot, over de autopsie of een eventueel post-mortemonderzoek. De praktijk ter zake zou verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis.

Mevrouw de minister, welke tegemoetkomingen bestaan er vanwege het RIZIV in de kosten voor de begeleiding en ondersteuning, ook van ouders van levenloos geboren kinderen?

Kunnen zij op dezelfde psychosociale begeleiding een beroep doen als ouders van vroeg gestorven kinderen?

Mevrouw de minister, indien dat niet het geval is, bent u dan van oordeel dat daarvoor meer middelen kunnen worden vrijgemaakt?

Welke richtlijnen aan ziekenhuizen zijn er in verband met de informatieverstrekking aan ouders over hun rechten op het vlak van het waardig begraven, het cremen of de registratie bij de burgerlijke stand? Zijn daarbij bepaalde protocollen van toepassing in sommige ziekenhuizen, die desgevallend zouden kunnen worden veralgemeend of zijn zij al algemeen van toepassing?

Bestaan er richtlijnen die moeten worden gevolgd, indien de doodsoorzaak van het kind niet bekend is? Kunnen ouders een post-mortemonderzoek voorstellen of gebeurt zo'n onderzoek ambtshalve, wat ons door sommigen wordt verteld, indien over de doodsoorzaak onduidelijkheid is?

Doen de ziekenhuizen dat automatisch? Kan een ziekenhuis die vraag naast zich neerleggen? Welke richtlijnen zijn er rond het waardig behandelen van het stoffelijk overschot?

10.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Becq, de verplichte ziekteverzekering voorziet in geval van een onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een kind jonger dan 18 maanden oud inderdaad ook in een vergoeding voor de psychosociale ondersteuning van de ouders en de familie in de eerste acute fase, alsook in een vergoeding voor de uitvoering van een autopsie op het overleden kind. De verplichte ziekteverzekering komt ook tussen in het eventuele transport van het kind naar het ziekenhuis dat de autopsie zou uitvoeren. Zoals u ook al aangaf, wordt dat geregeld door middel van een conventie met de ziekenhuizen. De doelgroep die met de conventie wordt beoogd, zijn pasgeborenen of zuigelingen die overleden zijn, eventueel ten gevolge van wiegendood.

De levenloos geboren kinderen vallen niet onder de overeenkomst. De verplichte ziekteverzekering betaalt momenteel geen specifieke vergoeding voor de psychosociale ondersteuning van ouders van levenloos geboren kinderen naar analogie van de voormelde conventie. De ouders kunnen natuurlijk wel een beroep doen op de gynaecoloog, de huisarts of een psychiater, waarvan de consultaties en de psychotherapie grotendeels vergoed worden door de verplichte ziekteverzekering via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. In geval van een hospitalisatie kunnen de honoraria en de verpleegdagprijzen die tijdens de hospitalisatie worden aangerekend, ook al in bepaalde mate de psychosociale ondersteuning dekken. In geval van ambulante ondersteuning kan een vroedvrouw de medische en psychosociale ondersteuning opnemen. Voor de nomenclatuur van de vroedvrouw wordt geen onderscheid gemaakt tussen een levend of een doodgeboren kind. Postnataal toezicht en verzorging thuis bij verwikkelingen door een vroedvrouw worden terugbetaald. Het enige wat vereist is, is natuurlijk een attest van een geneesheer.

Bij een levenloze geboorte na een zwangerschapstermijn van meer dan 180 dagen, dat is wat men zes maanden noemt, moet een akte van levenloos aangegeven kind opgemaakt worden. Het kind wordt dan ook ingeschreven in de overlijdensregisters. Er is een verplichting tot begraving of crematie. De moeder heeft recht op sociale tegemoetkomingen zoals bevallingsverlof, een geboortepremie en kraamgeld.

In het geval van een levenloze geboorte bij een zwangerschapstermijn van minder dan 180 dagen is er geen

opmaak van een wettelijk document. Er is dan ook geen aangifte. Er zijn ook geen begraafverplichtingen. Vanaf 22 weken zwangerschap of een geboortegewicht van 500 gram moet de geboorte wel worden geregistreerd. Crematie is toegestaan. Begraven is mogelijk op verzoek, vanaf een bepaalde zwangerschapstermijn, maar die termijn is afhankelijk van het Gewest waarin men woont.

In het Vlaams Gewest moet in elke gemeente in een ruimte voorzien worden op het kerkhof om te vroeg geboren kindjes te begraven vanaf een zwangerschap van 12 weken. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is dat het geval vanaf 16 weken en in Wallonië vanaf 14 weken.

10.03 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de minister, mijn vraag ging niet over de regeling. Mijn vraag was of ziekenhuizen informatie daarover geven aan de ouders.

10.04 Minister Maggie De Block: Ja, die informatie wordt natuurlijk wel aan de ouders gegeven.

10.05 Sonja Becq (CD&V): Doen alle ziekenhuizen dat?

10.06 Minister Maggie De Block: Die informatie, ook of ouders al dan niet een aangifte moeten doen, wordt gegeven.

De wijze waarop de begrafenis plaatsvindt, wordt op het niveau van de gemeente gereguleerd. Bij een zwangerschap van minder dan 180 dagen heeft de moeder geen recht op sociale tegemoetkomingen. Ze heeft natuurlijk wel recht op ziekteverlof, maar niet op bevallingsverlof. Zo'n zwangerschap wordt als een late miskraam beschouwd.

Wat het vragen van een autopsie betreft, in geval van een onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een kind jonger dan 18 maanden kan de wettelijke vertegenwoordiger van het overleden kind zich wenden tot een ziekenhuis met conventie om een autopsie uit te voeren op het overleden kind, maar ook die conventie is niet van toepassing voor levenloos geboren kinderen. In de erkenningsnormen van de ziekenhuizen is wel specifiek opgenomen dat, wanneer er geen enkel administratief of juridisch beletsel bestaat, een perinataal overlijden het voorwerp moet uitmaken van een autopsie.

Dat staat in index N onder punt II, "functionele normen", paragraaf 2.

Ten slotte, ingeval de zwangerschap korter is dan 88 dagen en de ouders noch een crematie, noch een begrafenis wensen, en uitsluitend na het uitvoeren van een autopsie wanneer de ouders dat toelaten, worden de overschotten in het ziekenhuis behandeld zoals de menselijke lichaamsdelen of de organen van menselijke oorsprong. Dan zorgt het ziekenhuis dus voor de verdere afhandeling.

De **voorzitter**: Bedankt voor het opnieuw zeer uitgebreide antwoord.

10.07 Minister Maggie De Block: Wat de middelen betreft, ik heb geen idee wat dat zou kosten. Ik neem uw vraag naar meer middelen echter mee naar de onderhandelingsstafel vanavond.

10.08 Sonja Becq (CD&V): Ik vraag vooral naar de aanpak door het ziekenhuis. Naar aanleiding van de getuigenissen rijst de vraag of elk ziekenhuis zijn manier van werken heeft, dan wel of er sprake is van enige stroomlijning?

10.09 Minister Maggie De Block: Het convenant geldt voor alle ziekenhuizen.

De **voorzitter**: Mevrouw Becq, zou u misschien uw replieken kunnen afronden? Als u nog meer vragen heeft, bent u steeds welkom. We zijn al bijna een kwartier met deze vraag bezig. Er zijn ook nog andere vragen.

10.10 Sonja Becq (CD&V): Het convenant is van toepassing voor vroeg gestorven kinderen, dus kinderen jonger dan 18 maanden. Het convenant geldt echter niet voor de levenloos geboren. Ik begrijp dat u een veralgemening van het convenant in de discussies meeneemt, aangezien daar ook een vraag naar extra financiële middelen aan vasthangt.

10.11 Minister Maggie De Block: Daarom neem ik uw vraag mee naar de discussies voor meer financiële

middelen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

[11] Samengevoegde vragen van

- **juffrouw Yoleen Van Camp** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de HBO5-opleiding" (nr. 9458)

- **mevrouw Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de HBO5-opleiding" (nr. 9618)

[11] Questions jointes de

- **Mlle Yoleen Van Camp** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les formations HBO5" (n° 9458)

- **Mme Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les formations HBO5" (n° 9618)

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle is niet aanwezig en bijgevolg vervalt haar vraag nr. 9618.

[11.01] Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb een specifieke vraag over de RN4CAST-studie die aantoonde dat niet alleen het aantal, maar ook de opleidingsgraad belangrijke factoren zijn bij verpleegkundigen om de kwaliteit van de zorg op een afdeling te waarborgen. Het gaat daarbij vooral om een goede mix met een hogere kwalificatiegraad van verpleegkundigen om de kosten van het ziekenhuisverblijf te reduceren.

De Europese richtlijn inzake de titel van verpleegkundige biedt eigenlijk een uitgelezen kans om ons te buigen over de kwaliteit van de zorg en deze naar een nog hoger niveau te tillen.

Dat wij alle handen in de zorg kunnen gebruiken en dat ook de HBO5-verpleegkundigen absoluut moeten blijven bestaan, staat volledig buiten discussie. De invulling van de titel staat daar los van, zowel op het vlak van de titel als qua uitoefening van het beroep. U antwoordde op eerdere vragen over de HBO5-opleiding dat u in de titels geen onderscheid zou maken en dat zowel HBO5- als bacheloropleidingen tot de titel van verpleegkundige zouden leiden. Dit heeft een aantal implicaties die ik u zou willen voorleggen.

Als er twee opleidingen bestaan — een van drie en een van vier jaar — die tot exact dezelfde titel leiden, dan legt u de facto het niveau van verpleegkunde op niveau 5 en eigenlijk zelfs op niveau 4, gelet op het bestaan van gebrevetteerde verpleegkundigen in Wallonië. Dit gaat in tegen de Europese trend om het kwalificatieniveau van verpleegkundigen te verhogen. In vergelijking met onze buurlanden en zelfs met heel Europa is België wellicht het enige land waar dit niveau nog wordt gehanteerd voor verpleegkundigen. Hoe kunt u dit verantwoorden?

U stelt dat een bacheloropleiding op niveau 6 van vier jaar en een HBO5-opleiding van drie jaar, evenals een HBO4-opleiding in Wallonië, zullen leiden tot eenzelfde titel en eenzelfde kwalificatie. Hoe beargumenteert u die stelling? Waarom voorziet u niet in een differentiatie tussen HBO4, HBO5 en bachelor, zodat patiënten duidelijkheid hebben over wie hen verzorgt? Ik denk dan vooral aan de taakuitvoering.

Welke werkgever zal er nog bachelorverpleegkundigen aantrekken en betalen, goed wetende dat de bachelors duurder zijn en er volgens de normering geen onderscheid zal worden gemaakt tussen beide groepen, die nochtans toch andere profielen hebben in de zorg?

Wat zult u doen met de laatstejaars bachelors? Zullen zij het studentenstatuut behouden of krijgen zij een voorlopig visum, zodat zij als werkkraacht kunnen worden ingeschakeld en mee worden opgenomen in de normering?

De bacheloropleiding van drie jaar wordt opgetrokken naar een vierjarige opleiding om aan de richtlijn te kunnen voldoen. Hoe kan de HBO5-opleiding op drie jaar blijven en toch aan die EU-richtlijn voldoen? Bent u misschien van plan een onderscheid te maken tussen Vlaamse HBO5-verpleegkundigen en Europese bachelor-verpleegkundigen? Hoe zult u dit verantwoorden ten aanzien van de Europese Commissie? Wie bepaalt voor de HBO5'ers en de bachelors of aan de richtlijn werd voldaan?

Ten slotte, waarom werd niet meteen nagegaan of de huidige bachelor — toch een opleiding van vier jaar —

niet naar het masterniveau kan worden getild? Er is volgens mij geen enkele paramedische titel waarvoor de opleiding vier jaar duurt, die niet tot het masterniveau leidt.

11.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, zoals u weet, is het niet mijn bedoeling om ervoor te zorgen dat de HBO5-opleiding verpleegkundige in de toekomst zou verdwijnen. Volgens mij hebben wij nood aan alle instroommogelijkheden om onze vraag naar verpleegkundigen in de toekomst te kunnen opvangen. Mijn voornaamste bezorgdheid is dat wij in onze voorzieningen kunnen beschikken over goed opgeleide verpleegkundigen die autonoom zorg kunnen verstrekken en, indien van toepassing, zorgkundigen kunnen aansturen. De vraag is dus niet welk onderwijsniveau of onderwijstype — hoger onderwijs, beroepsonderwijs of opleidingen voor sociale promotie — zal worden goedgekeurd, maar wel welk studieniveau aan de Europese criteria zal voldoen. Bovendien ligt de bevoegdheid om te bepalen welke studies en programma's moeten worden georganiseerd om aan die criteria te beantwoorden bij de Gemeenschappen. U weet dat dit in beide Gemeenschappen al voor discussies heeft gezorgd, zowel bij mevrouw Crevits als bij de heer Marcourt.

De interkabinettenwerkgroep Gezondheidsberoepen van de Interministeriële Conferentie heeft op 25 februari en 3 maart vergaderd, precies om zich te buigen over het onderwerp van de omzetting van de Europese richtlijn en de impact ervan op onze verpleegkundige en andere opleidingen.

Ik maak van deze gelegenheid gebruik om nogmaals te zeggen dat ik niet de intentie heb om een nieuw gezondheidsberoep te creëren, een soort intermediair niveau met bevoegdheden die zich situeren tussen de zorgkundige en de verpleegkundige.

Ik kom tot de voorstellen om tussen de verpleegkundigen een onderscheid te maken op basis van conformiteit met de Europese richtlijn van 2013. Het is volgens mijn diensten juridisch onmogelijk te motiveren om in de uitoefening van de verpleegkunde te voorzien in twee titels met gelijke bevoegdheden, waarvan de ene wel voldoet aan de minimale vereisten en de andere niet.

Dan is er nog het aspect van de euromobiliteit als enige onderscheidende factor in de respectievelijke bevoegdheden tussen de twee titels. Dat is ook niet te verdedigen. Ook al beoogt de richtlijn inderdaad het vrij verkeer van personen, met name verpleegkundigen, te bevorderen, de onderliggende bedoeling is duidelijk om kwaliteitsgaranties te geven aan de werkgevers en de patiënten die een beroep doen op verpleegkundigen uit andere lidstaten, iets wat meer en meer voorkomt.

Zoals vermeld, werden de omzettingsteksten voor de Europese richtlijn 2013/55 van 20 november 2013 betreffende de erkenning van de beroepskwalificaties naar de Raad van State gestuurd. Wij hebben het voorlopig advies — nog geen definitief advies dus — van de Raad van State nog maar pas ontvangen. Het wordt dan ook geverifieerd en er wordt nagegaan wat verder moet worden aangepast. Natuurlijk zullen wij het wellicht nogmaals moeten aanpassen als wij het definitief advies van de Raad van State krijgen.

Voorts wordt gewerkt aan een functiedifferentiatie voor verpleegkundigen die verder kunnen groeien in specialistische en klinische expertfuncties. De expertengroep waar u naar verwijst, is een initiatief van academici in de verplegingswetenschappen. Zij hebben een universitaire federale werkgroep opgericht om hun standpunt over de mogelijke rol van verpleegkundigen op een masterniveau toe te lichten. Ik heb die nota gekregen.

Bij de Federale Raad is er een werkgroep die zich buigt over de functiedifferentiatie voor de verpleegkunde in haar totaliteit. Ik heb de raad enkele weken geleden dan ook schriftelijk gevraagd om zijn werk voort te zetten inzake de functiedifferentiatie in de verpleegkunde als voorbereiding op de herziening van de gecoördineerde wet van 15 mei 2015, bekend als het KB nr. 78.

De raad werd, ten slotte, om een advies gevraagd over het geheel van de hervorming van de wetgeving inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en de zorgpraktijk, inzonderheid in de context van de interdisciplinariteit en in relatie met andere beoefenaars, zoals bedoeld in voormelde wet, en inzonderheid de artsen.

Op uw vragen over de organisatie van het onderwijs voor verpleegkunde kan ik niet antwoorden, want dit is een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Indien de Gemeenschappen een vorming op het niveau van master wensen te organiseren die conform de richtlijn is, zullen die masters wel als algemeen verpleegkundigen worden erkend.

Wat uw vraag over de laatstejaarsbachelors betreft, en het eventueel organiseren van een model voor duaal leren, het interfederaal overleg hierover loopt nog. De opportuniteitstoets moet nog plaatsvinden. Dit zal voor de volgende weken of maanden zijn, afhankelijk van de vraag hoe vlot alles verloopt. De verschillende Gemeenschappen gaan immers niet altijd uit van hetzelfde standpunt. In elk geval, wij zullen proberen een mouw te passen aan het probleem van de laatstejaarsbachelors.

Ik meen dat wij pragmatisch moeten zijn. Er is een tekort aan verpleegkundigen op de werkvloer. Wij moeten de kwaliteit van de opleidingen natuurlijk wel waarborgen en wij moeten ervoor zorgen dat betrokkenen een perspectief hebben. Voor de patiënt is het echter vooral van belang dat de verpleegkundige over de nodige bekwaamheden beschikt. En dat is wel mijn taak. Alle organisatorische verplichtingen ter omzetting van de Europese richtlijn vallen onder de bevoegdheden van de ministers van Onderwijs. In Vlaanderen is er één minister voor hoger en lager onderwijs, in Wallonië is er een minister voor het hoger en een minister voor het lager onderwijs. Wij houden natuurlijk contact met hen. Iedereen doet zijn werk. Dit is evenwel niet de gemakkelijkste Europese richtlijn die wij moeten omzetten.

11.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, volgens mij is er niet meteen een vraag voor het creëren van een nieuwe beroepsgroep, maar wel om de functiedifferentiatie, de takenpakketten en een mogelijke aanpassing van het KB nr. 78 te onderzoeken.

Wij kunnen lessen trekken uit het Nederlandse voorbeeld. Zij hebben inderdaad een dossier ingediend om te werken met een basisverpleegkundige en een meer gespecialiseerde verpleegkundige.

Ik hoor uit uw antwoord dat een voorstel in die zin tot de mogelijkheden behoort. Wij volgen dit onderwerp verder op, mevrouw de minister.

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

12 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de MRSA-problematiek" (nr. 9471)

12 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le problème du SARM" (n° 9471)

12.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, MRSA is een variant van de stafylokok die door het veelvuldig gebruik van antibiotica niet meer gevoelig is voor antibiotica. Deze problematiek heeft een link met de varkenssector. De hoge aanwezigheid van de bacterie in de varkensstapel is immers een potentiële bedreiging voor de volksgezondheid in de toekomst. Contact met varkens is duidelijk de belangrijkste risicofactor voor het krijgen van veegerelateerde MRSA, zo wijzen diverse studies uit.

Uit een recent Nederlands onderzoek blijkt dat de drie varianten van MRSA – vee, mens en ziekenhuisgerelateerd – steeds meer op elkaar gaan lijken.

Mevrouw de minister, is hierover al overlegd met uw collega van Landbouw, de heer Borsus? Zo ja, wat zijn de conclusies van dit overleg? Zo neen, plant u zo'n gesprek in de toekomst?

Wat zijn de meest recente gegevens en de conclusies daaruit over het voorkomen van veegerelateerde MRSA in ons land?

Neemt u maatregelen om de mensen actief in de varkenssector te sensibiliseren?

Worden mensen actief in de varkenssector bij een ziekenhuisopname automatisch gescreend op de aanwezigheid van MRSA?

Zijn er richtlijnen rond de screening van familieleden van mensen uit de varkenssector die werken in ziekenhuizen en aanverwante centra? Zo ja, welke? Zijn er nog andere maatregelen die genomen worden of zullen worden genomen?

Ik heb ook gelijkaardige vragen aan de heer Borsus gesteld, mevrouw de minister.

12.02 Minister **Maggie De Block**: In eerste instantie wil ik erop wijzen dat de MRSA-problematiek waarnaar u verwijst niet alleen bij varkens voorkomt, maar in mindere mate ook bij pluimvee en kalveren. Men spreekt over *livestock associated* MRSA.

Ten eerste, inzake de contacten met de diensten waarvoor collega Borsus verantwoordelijk is, kan ik u mededelen dat in de FOD Volksgezondheid het Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee of BAPCOC werd opgericht. In dit platform zijn alle stakeholders inzake antibioticabeleid opgenomen. AMCRA is hierin ook vertegenwoordigd. Dit acroniem staat voor Antimicrobial Consumption and Resistance in Animals. Dat is het kenniscentrum voor antibioticagebruik en resistentie bij dieren en heeft als doel het bereiken van een duurzaam antibioticabeleid om de volksgezondheid, de diergezondheid en het dierenwelzijn te vrijwaren. Wij zijn daar beiden bij betrokken.

In het kader van het Nederlandse voorzitterschap zal een Raad van ministers van zowel Landbouw als Volksgezondheid beleidsaanbevelingen formuleren met betrekking tot het one-healthprincipe, waarbij antibioticaresistentie zowel in de humane als in de veterinaire sector aan bod zal komen. Een interkabinettenwerkgroep start zijn activiteiten om de Raad van ministers voor te bereiden. Naar de informele Raad ben ik al geweest, evenals een medewerker van minister Borsus.

Het BAPCOC zal verder in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, AMCRA en de Universiteit Gent een studie opstarten naar het voorkomen van resistentie tegen linezolid bij onder andere MRSA. Dit is potentieel een ernstig probleem omdat linezolid op dit ogenblik in sommige gevallen een *last resort* antibioticum is voor resistente infecties met Grampositieve kiemen.

Wat de prevalentie van *livestock* gerelateerde MRSA bij patiënten in België betreft, worden twee microbiologische surveillanciestudies uitgevoerd door het nationaal referentiecentrum voor stafylokokken.

Ten eerste, er is een surveillanciestudie van de evolutie van MRSA-klonen bij patiënten opgenomen in ziekenhuizen, uitgevoerd om de twee jaar. Daaruit blijkt dat de *livestock* MRSA nog geen grote rol speelt bij de mens.

Ten tweede, de systematische surveillance wordt voortgezet voor atypische stammen en stammen geïsoleerd bij patiënten die niet in contact zijn gekomen met ziekenhuizen en/of rusthuizen. Uit de gegevens van 2014 blijkt dat 8 % van de MRSA-stammen behoort tot een dierlijke kloon. De meerderheid werd teruggevonden bij patiënten uit Vlaanderen. Veertig procent van die patiënten had contacten met dieren: ofwel hadden zij dieren als veehouder, ofwel waren zij dierenarts.

Wat het sensibiliseren van personeel actief in de varkenssector betreft, het is goed aangetoond dat de intensiteit van het contact met de dieren heel sterk de kans op een infectie met MRSA bepaalt. Veehouders die een intensief contact met de dieren hebben, vertonen een duidelijk hoger risico dan hun gezinsleden, bij wie dat minder het geval is.

Het voorkomen van de *livestock* gerelateerde MRSA bij dieren is niet eenvoudig. Er werd al veel onderzoek gedaan, maar tot nu toe zijn er nog geen goede protocollen vastgesteld om varkens- en kalverbedrijven vrij te maken van die LA-MRSA. Het BAPCOC heeft ondertussen beslist om, in nauwe samenwerking met AMCRA, een sensibilisatieproject uit te rollen via Plattelands TV.

De boodschappen van de sensibilisatie betreffen inderdaad het antibioticagebruik bij dieren, de ontwikkeling van resistentie en de mogelijke overdraagbaarheid naar de mens. AMCRA neemt overigens al jaren initiatieven om de veehouderij te sensibiliseren rond de risico's van het gebruik van antibiotica en de grote gevaren daarvan voor het ontwikkelen van soms levensbedreigende resistentie in de humane en veterinaire geneeskunde. Dat werd ook al door collega Borsus aangehaald.

Inzake de screening van de patiënten die met de varkenssector in contact komen, bestaan er bij opname in het ziekenhuis nationale richtlijnen. Die richtlijnen raden aan specifieke patiëntengroepen te screenen, behalve in geval van een epidemie.

Het gaat daarbij, ten eerste, om patiënten die zijn gehospitaliseerd op diensten met een hoog risico, zoals hematologie of intensieve zorgen. Het betreft, ten tweede, patiënten met een hoog risico op MRSA-dragerschap. Het gaat dan om een voorafgaande hospitalisatie van mensen die met dieren in contact komen.

Er zijn momenteel enkel richtlijnen voor de patiëntengroepen die ik net vernoemde.

Ik zal bij het BABCOC navragen of het zinvol is om zorgpersoneel dat ook met de veehouderij in contact komt, te screenen. In Nederland doen ze dat ondertussen wel.

Ik wijs erop dat het zorgpersoneel aan een hele reeks protocollen inzake infectiepreventie is gehouden, waaronder zeker heel in het bijzonder de handhygiëne, om te vermijden dat kruisinfecties tussen patiënten alsook tussen verzorgend personeel en patiënten ontstaan, maar ook dat het zorgpersoneel infecties overzet tussen verschillende bedrijven.

Er wordt op Europees niveau verder aan de problematiek gewerkt. Ik zal in overleg met collega Willy Borsus nagaan of en welke bijkomende acties wij nog moeten ondernemen.

12.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Dat was eigenlijk wat ik wilde weten. Ik meen dat inderdaad alles wordt gedaan om met die problematiek om te gaan. Ik wil wel nog even zeggen dat AMCRA inderdaad sensibiliserende maatregelen neemt. Helaas heeft een deel van de industrie rond diermedicatie daar lak aan en durft ze soms verschrikkelijk voordelige promoties in de vitrine te zetten. Daar hebt u uiteraard niets mee te maken. In ieder geval bedankt voor de inlichtingen.

De **voorzitter**: We zullen hierover normaal gezien in de komende weken een gedachtewisseling hebben met minister Borsus.

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

Vraag nr. 9489 van de heer Van Hecke wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

13 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koppelen van de terugbetalingen van geneesmiddelen aan de levensstijl" (nr. 9500)
- de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de nieuwe behandeling van longfibrose" (nr. 9508)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van medicijnen ter bestrijding van longfibrose" (nr. 9528)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de behandeling van idiopathische longfibrose" (nr. 9537)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het niet koppelen van de terugbetaling van medicijnen aan de levensstijl" (nr. 9539)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de koppeling van het rookgedrag aan de terugbetaling van een geneesmiddel tegen idiopathische longfibrose" (nr. 9551)
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van zorg in functie van het gedrag van de patiënt" (nr. 9661)
- mevrouw Barbara Pas aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van medicijnen ter bestrijding van longfibrose" (nr. 9911)

13 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la liaison du remboursement de médicaments au mode de vie" (n° 9500)
- M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du nouveau traitement pour la fibrose pulmonaire" (n° 9508)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des médicaments pour le traitement de la fibrose pulmonaire" (n° 9528)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du traitement de la fibrose idiopathique" (n° 9537)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la décision de ne pas lier le remboursement de médicaments au mode de vie" (n° 9539)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la liaison de la dépendance tabagique au remboursement d'un médicament contre la fibrose pulmonaire idiopathique" (n° 9551)

- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de soins en fonction du comportement du patient" (n° 9661)
- Mme Barbara Pas à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des médicaments pour le traitement de la fibrose pulmonaire" (n° 9911)

Vragen nrs 9551 van mevrouw Muylle en 9661 van mevrouw Caprasse vervallen.

13.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, het geneesmiddel Ofev heeft veel ophef veroorzaakt. Ofev verlicht de klachten bij longfibrose, met name kortademigheid en het gevoel te stikken.

De behandeling is echter erg duur. In de media zijn berichten verschenen dat het RIZIV voorwaarden koppelt aan de terugbetaling ervan. Het geneesmiddel zou met name niet worden terugbetaald aan rokers.

Is die voorwaarde puur gekoppeld aan de levensstijl of is er wetenschappelijk aangetoond dat Ofev bijvoorbeeld minder werkzaam is bij rokers? Volgens de N-VA is een koppeling aan de levensstijl immers niet wenselijk, aangezien het zeer moeilijk is om daarin lijnen te trekken. Als echter wetenschappelijk is aangetoond dat een bepaalde doelgroep meer of minder baat heeft bij een bepaalde behandeling, moet dat uiteraard wel mogelijk zijn.

Ik heb hierbij de volgende vragen, mevrouw de minister.

Wie beslist dat nu precies? Kunt u het geval van Ofev concreet verduidelijken?

Als het toch gaat om een koppeling aan de levensstijl, zijn er dan nog andere geneesmiddelen waarbij dat het geval is?

13.02 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, ma question concerne aussi le remboursement des nouveaux traitements contre la fibrose pulmonaire.

Comme la presse l'a indiqué, la Commission de remboursement des médicaments (CRM) a décidé de réserver le remboursement de ce traitement aux seuls patients non fumeurs depuis au moins six mois. Cette décision surprend le corps médical, notamment parce que la prescription d'un médicament est liée à un comportement jugé conforme à la recherche d'une bonne santé.

Madame la ministre, pouvez-vous nous donner les motivations qui ont conduit la CRM à un tel choix? Quel en est le fondement scientifique? En effet, certains spécialistes relèvent que le traitement n'est pas connu pour être moins efficace chez les patients fumeurs. Par ailleurs, la perte de temps engendrée pour débiter ce traitement, dans l'attente d'un sevrage tabagique, pose une question éthique.

J'attends, bien entendu, impatiemment vos réponses.

13.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, er waait inderdaad heel wat stof op na de beslissing van het RIZIV om het dure geneesmiddel Ofev, dat bij idiopathische longfibrose wordt voorgeschreven, niet terug te betalen aan rokers.

Ik heb met genoeg vastgesteld dat ook u die handelwijze ter discussie stelt.

Terecht wordt door verschillende experts de bedenking geuit dat roken niet altijd de keuze van de patiënt is. Verslaving aan nicotine of alcohol is geen gebrek aan wilskracht. Dat idee heeft de wetenschap al lang achterhaald. Verslaving is zeker geen morele keuze.

Het is bijzonder moeilijk consequent te zijn, indien een gezonde levensstijl in rekening zou worden gebracht om geneesmiddelen al dan niet terug te betalen. Bovendien is volgens een aantal pneumologen het nadelig effect van roken op de werking van het geneesmiddel niet staalhard bewezen.

Welke acties zult u in dat verband ondernemen of hebt u reeds ondernomen?

Hebt u ondertussen wetenschappelijke inzichten verworven die aantonen dat het geneesmiddel bij rokers minder goed zou werken?

13.04 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, vu le nombre d'intervenants il est difficile de ne pas être redondant. Je vois cependant que nos approches diffèrent sensiblement.

En Belgique, on considère qu'environ 1 000 personnes sont atteintes de la fibrose pulmonaire idiopathique, maladie qui laisse aux patients une espérance de vie de deux à cinq ans si ceux-ci n'ont pas accès au traitement. C'est un taux de mortalité équivalent à la moyenne des cancers.

Jusqu'à présent, un seul traitement était remboursé par l'INAMI, mais, depuis décembre 2015, une nouvelle molécule assez prometteuse, le Nintedanib, a été mise sur le marché. Or, il s'avère que l'INAMI a conditionné le remboursement de ce nouveau médicament, dont le prix s'élève à 80 euros par jour, au fait que le patient ait arrêté de fumer depuis six mois.

Il s'agit là de la toute première fois que le remboursement d'un traitement a lieu à la condition d'arrêt du tabac. Cette décision a fait réagir de nombreux patients, mais également des spécialistes de la santé qui expliquent qu'aucun argument scientifique ne démontrerait une moindre efficacité de cette molécule chez un patient fumeur.

Par ailleurs, bien que ce traitement ne guérisse pas la fibrose, celui-ci a pour avantage de ralentir la progression du mal. Il allonge ainsi l'espérance de vie des patients atteints. Il est important que les patients puissent en bénéficier le plus rapidement possible. Le délai de six mois imposé par l'INAMI pour ce remboursement pose problème.

Un autre problème posé par cette étrange décision est la remise en question du principe de solidarité qui constitue pourtant la pierre angulaire de notre système de sécurité sociale, auquel mon groupe et moi-même sommes, comme vous le savez, fortement attachés.

Selon les informations dont nous disposons actuellement, cette conditionnalité de remboursement me semble assez problématique.

Madame la ministre, pouvez-vous nous faire part de votre point de vue concernant cette décision de conditionner le remboursement de ce traitement? Comptez-vous plaider pour l'abandon de cette condition? Sur quelles bases scientifiques cette conditionnalité du remboursement a-t-elle été adoptée?

Enfin, pour ce qui est de la condition relative à l'arrêt de fumer pendant un délai de six mois, il semble que cet arrêt serait objectivé à la suite d'un test urinaire. Or, il apparaît que, si une personne ne fume plus mais fait usage de substituts tels que des patchs ou des chewing-gums à la nicotine, le test s'avère positif. Doit-on donc considérer que les substituts ne seront pas autorisés pour pouvoir bénéficier du remboursement du traitement? Dans le cas contraire, quelles solutions sont-elles envisagées afin de différencier les fumeurs des personnes qui tentent d'arrêter par le biais de ces substituts?

13.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, er is al veel gezegd en ik ga dus niet alles herhalen. Ik herinner mij dat de discussie losgebarsten is op de dag van het debat van het Burgerlabo van de Koning Boudewijnstichting, waaruit bleek dat burgers sterke voorstanders zijn van solidariteit. Ze verwerpen dat er een koppeling wordt gemaakt tussen een ongezonde levensstijl en de terugbetaling van gezondheidszorg. Het RIZIV en uzelf hebben daarover gezegd dat naar de aanbevelingen van patiënten ter zake zou worden geluisterd.

Zolang de tabakslobby almachtig blijft, kan er ook volgens mij geen sprake van zijn dat de kosten van geneesmiddelen op de patiënt worden verhaald, zeker niet als het verband tussen de aandoening en het roken niet onomstotelijk vaststaat. Als we niet opletten, wordt sociale zekerheid voor steeds meer burgers een luxeproduct. Het is niet de taak van de overheid om te discrimineren tussen patiënten met verschillende levensstijlen. De taak van de overheid bestaat erin in te zetten op preventie.

Mevrouw de minister, zult u aan het RIZIV vragen om de beslissing te herzien?

Zult u het RIZIV ook attent maken op de aanbevelingen van het Burgerlabo?

Zult u maatregelen nemen om patiënten met longfibrose te helpen stoppen met roken en zult u meer inzetten op preventie, samen met de deelstaten?

Welke concrete maatregelen zult u nemen? Denkt u ook aan meer maatregelen inzake het verbod op tabaksreclame of aan de invoering van neutrale sigarettenpakjes?

13.06 Barbara Pas (VB): Mevrouw de minister, ik zal niet in herhaling vallen, maar wel wil ik een specifiek probleem aan de vragen koppelen.

Heel wat patiënten waren zeer verbaasd, toen zij in de media de heisa vernamen over het feit dat het dure geneesmiddel ter bestrijding van longfibrose niet meer zou terugbetaald worden aan rokers. Zij hadden immers ongeveer op hetzelfde moment de diagnose van de ziekte gekregen. Zij zijn niet-roker, en toch kregen zij op dat moment een negatief advies van het RIZIV voor een gedeeltelijke of algehele terugbetaling van dat medicament.

Zij hebben geen enkele motivering voor de weigering mogen vernemen. Uiteraard is het logisch dat zij toch met vragen zitten.

Ten eerste, welke voorwaarden legt het RIZIV op voor de terugbetaling van het geneesmiddel? Welke criteria worden daarvoor nog in aanmerking genomen? Voor niet-rokers wordt het medicijn evenmin automatisch terugbetaald.

Ten tweede, waarom geeft het RIZIV aan de betrokkenen geen verklaring waarom de terugbetaling van het medicament geweigerd wordt? Is het gangbaar dat een beslissing niet wordt gemotiveerd?

Ten slotte, patiënten die bij mij aan de alarmbel trokken, hebben andere oplossingen gezocht. Zij zijn uiteraard radeloos, want zij kunnen het medicament niet betalen. Zij hebben geprobeerd om dat bewuste medicament uit het buitenland te laten komen, meer bepaald uit India, waar het wel betaalbaar is. Ondanks het feit dat alle documenten ter plaatse in orde zijn, krijgen zij dat medicament echter niet in het land. UPS België wil het niet bezorgen, zolang er geen doktersvoorschrift is vanuit België. De betrokken arts laat de patiënten weten dat hij het niet mag voorschrijven. Klopt dat? Neemt u maatregelen om zulke alternatieven te vergemakkelijken? Wat zijn voor die patiënten dan wel betaalbare oplossingen?

De **voorzitter**: Voor ik de minister het woord geef voor het antwoord, wil ik even meedelen dat wij het bericht hebben gekregen dat de minister om 18 u 30 moet vertrekken. Ik stel voor dat we uiteraard de vraag van mevrouw Gerkens nog aan bod laten komen en eveneens de vragen van de heren Vercammen en Massin, die al van bij het begin aanwezig zijn.

13.07 Minister Maggie De Block: Ik dank u voor uw begrip voor agendaperikelen in een periode van budgetbesprekingen.

Mevrouw Van Camp, monsieur Thiéry, mevrouw Jiroflée, monsieur Sennesael, mevrouw Dedry en mevrouw Pas, ik dank u voor uw vragen.

Wanneer een farmaceutisch bedrijf een aanvraag tot terugbetaling van een nieuw geneesmiddel indient, wordt deze aanvraag onderzocht en geëvalueerd door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Deze commissie werd opgericht bij het RIZIV en is samengesteld uit verschillende leden die elk een betrokken partij vertegenwoordigen, namelijk de verzekeringsinstellingen, de academici, de artsenverenigingen, de ziekenhuisapothekers en de apothekers. Het RIZIV kan als administratie geen beslissingen nemen over de terugbetaling van geneesmiddelen. Alleen de CTG kan autonoom een beslissing nemen. Deze beslissing wordt dan door mij gevolgd of niet gevolgd en is gebaseerd op de evaluatie en het advies van de CTG. Vermits dit een onafhankelijke organisatie is die een gefundeerd advies geeft, volg ik meestal het advies.

In bepaalde gevallen, zoals bij Ofev, heeft de CTG de mogelijkheid om het bedrijf te adviseren om in overleg te treden met een werkgroep voor een tijdelijke terugbetaling in het kader van een vertrouwelijke overeenkomst, volgens artikel 81, wanneer er klinische of budgettaire onzekerheden zijn. Voor een groot aantal geneesmiddelen zijn er specifieke terugbetalingsvoorwaarden van toepassing die moeten worden vervuld opdat de patiënt recht zou hebben op de terugbetaling van het betrokken geneesmiddel. Deze voorwaarden worden opgesteld om een rationeel geneesmiddelengebruik te stimuleren alsook om de veiligheid en de doeltreffendheid van de geneesmiddelen bij de patiënt te waarborgen. Hier werd ook geadviseerd om een contract volgens artikel 81 te sluiten.

In de terugbetalingsvoorwaarden van Ofev is onder meer sprake van de diagnosestelling, de bespreking in een multidisciplinair team, de dosisprecisering, de bepalingen van longfunctietesten en ook beeldvorming. De CTG stelde daarnaast voor om ook rokers uit te sluiten van de terugbetaling, omdat roken bij patiënten met een idiopathische longfibrose wordt beschouwd als een prognostisch slechte factor. Zij baseren zich hiervoor op verschillende studies en artikels waaraan wordt gerefereerd in het evaluatierapport.

Daarnaast zijn er farmacokinetische elementen die duiden op een beperktere opname van Ofev bij rokers. De bijsluiter van de Food and Drug Administration stelt duidelijk dat de opname van Ofev 21 % lager is bij actieve rokers in vergelijking met niet- of ex-rokers. Er werd dan ook geadviseerd om patiënten aan te raden om te stoppen met roken vóór en tijdens een behandeling met Ofev. Daarnaast is ook aangetoond dat actieve rokers lagere plasmaconcentraties van het geneesmiddel hebben dan niet- of ex-rokers.

Indien mij een gemotiveerde vraag wordt overgemaakt voor de analyse van bijkomend wetenschappelijk onderzoek aangaande het al dan niet uitsluiten van rokers voor de terugbetaling van Ofev, dan zal deze ook worden geanalyseerd, in samenwerking met het bureau van de CTG. Als wordt beslist dat deze wetenschappelijke ondersteuning gerechtvaardigd is en er een gerechtvaardigde vraag is, kan worden overgegaan tot een herevaluatie en eventueel tot een wijziging van de bestaande terugbetalingsvoorwaarden.

Andere wetenschappers hebben erop gewezen dat zij over wetenschappelijke informatie beschikken waaruit blijkt dat er geen verschil is in opname of werking van Ofev bij rokers.

Ik zou willen verduidelijken dat de CTG bij haar evaluatie van een terugbetalingsaanvraag alle wetenschappelijke elementen in overweging neemt. Indien wetenschappelijk werd aangetoond dat een geneesmiddel bij een bepaalde patiëntengroep een verminderde werkzaamheid vertoont, zal de CTG dit opnemen in haar evaluatie en advies. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren als het gaat over een patiëntengroep met een bepaalde genetische mutatie, een groep met een specifieke vorm van de betrokken aandoening of, in sommige situaties, een bepaalde levensstijl.

Ik wil echter benadrukken dat het in al deze gevallen, ook bij Ofev, gaat om een aangetoonde verminderde werkzaamheid van het geneesmiddel bij welbepaalde patiënten. Het feit dat een bepaalde aandoening het gevolg is van een bepaalde levensstijl staat hiervan volledig los en wordt in geen geval gebruikt als terugbetalingscriterium.

Er werd gevraagd naar mijn mening ter zake. Wel, ik heb destijds gezegd dat men heel voorzichtig moet zijn om een terugbetaling te koppelen aan een bepaalde levensstijl. Er bestaan immers ook genetische en sociaal-economische factoren waarop men als patiënt geen impact heeft. Zoals de heer Senesael al zei, onze sociale zekerheid is gebaseerd op solidariteit. De bestaande solidariteit is solidariteit tussen gezonde en niet-gezonde mensen en tussen armen en rijken; die solidariteit gaat dus alle richtingen uit.

Mevrouw Pas, ik ben niet op de hoogte van elk individueel geval, maar ik vind het raar dat u zegt dat een terugbetaling al werd geweigerd, terwijl er nog niet kan worden terugbetaald vermits de terugbetaling pas ingaat vanaf 1 april.

U vraagt of het product ook in het buitenland mag worden besteld. Daarover kan ik het volgende zeggen. Een apotheker mag een voorschriftplichtig geneesmiddel, geïmporteerd uit het buitenland, enkel op basis van een voorschrift en een artsenverklaring afleveren. De arts mag zo'n voorschrift en een artsenverklaring alleen opstellen indien hij verklaart dat de patiënt niet adequaat kan worden behandeld met een geneesmiddel dat momenteel in België in de handel is. Dat is enkel mogelijk in de volgende twee gevallen. Ten eerste, er bestaat geen geneesmiddel met eenzelfde farmaceutische vorm en eenzelfde kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling aan werkzame bestanddelen dat in België is vergund of geregistreerd. Ten tweede, een dergelijk geneesmiddel bestaat, maar is niet of niet meer beschikbaar in de Belgische handel. Aangezien Ofev beschikbaar is op de Belgische markt, mag dit geneesmiddel niet uit het buitenland worden geïmporteerd. Wat dat betreft, klopt het wat u zei.

13.08 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor de verduidelijking.

Iedereen is het erover eens dat het een geruststelling is dat er geen sprake is van een desolidarisering van de gezondheidszorg. Zoals mevrouw Dedry zei, wijst de studie van de Koning Boudewijnstichting uit dat daarvoor het grootste draagvlak bestaat.

Ik ben zeker gerustgesteld dat de beslissing omtrent Ofev is gebaseerd op wetenschappelijke criteria. Het lijkt mij dan ook zeer logisch dat voor een bepaalde doelgroep, bij wie de efficiëntie veel lager is en onvoldoende om de terugbetaling te verantwoorden, die keuze wordt gemaakt.

De onduidelijkheid hierover valt mij wel op. In de berichtgeving was zeker niet duidelijk dat dit de achterliggende motieven waren. Er is dus nog werk aan de winkel wat de transparantie betreft. Wij hebben daar in het verleden ook al vragen over gesteld.

13.09 Minister **Maggie De Block**: De berichtgeving kwam niet van mijn diensten. Daarin werd direct de link met de levensstijl gelegd. Die mensen kunnen worden behandeld als zij stoppen met roken.

13.10 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dat klopt. Aan de transparantie over de terugbetalingsprocedure in het algemeen — wanneer wel en niet, wie neemt de beslissing — is echter wel nog werk. Die is heel moeilijk te begrijpen voor de bevolking, vind ik.

De **voorzitter**: Aangezien de heer Thiéry de zaal heeft verlaten, geef ik thans het woord aan mevrouw Jiroflée voor haar repliek.

13.11 **Karin Jiroflée** (sp.a): Het gebeurt misschien niet elke dag, mevrouw de voorzitter, maar ik ben het eens met uw repliek.

Ik zal het kort houden, mevrouw de minister, want u moet naar de begrotingsbesprekingen. Ik pleit alleszins voor het behoud van de solidariteit in de ziekteverzekering. Ik ben blij dat wij het daarover allen eens zijn.

13.12 **Daniel Senesael** (PS): Madame la présidente, je soutiens et partage la réplique de Mme Jiroflée. Je vous remercie pour votre réponse dans laquelle vous avez rappelé et souligné les valeurs de solidarité auxquelles nous tenons particulièrement.

13.13 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik zal u heel gelukkig maken door mij bij de replieken aan te sluiten. Voor een keer zijn wij het eens. Dat zou vaker mogen gebeuren, over de partijgrenzen heen.

13.14 **Barbara Pas** (VB): Mevrouw de voorzitter, ik kan mij eveneens aansluiten bij de vorige sprekers.

Mevrouw de minister, ik dank u voor uw gedetailleerde uitleg.

Wat de weigering betreft, ik kan u melden dat betrokkenen mij hebben laten weten dat zij al een negatief advies van het RIZIV hebben ontvangen. U zei daarnet dat de onafhankelijke CTG beslist op wetenschappelijke basis en u had het over een minder efficiënte werking van het medicament in bepaalde gevallen. Ik zou u dan wel op het hart willen drukken om de transparantie, waarover zonet al gesproken werd, in de communicatie mee te nemen. Als mensen een negatief advies krijgen, dan zouden zij althans moeten weten waarom. Een ongemotiveerd advies zorgt voor veel ongenoegen en de situaties zijn zo al ernstig genoeg. Betrokkenen kunnen in zulke situaties elke extra steun gebruiken.

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

De **voorzitter**: Wij gaan even terug naar agendapunt nr. 25, zijnde de samengevoegde vragen van mevrouw Matz en mevrouw Gerkens, over de dubbele tarifiering voor consultaties in ziekenhuizen. Mevrouw Matz is, zoals gezegd, verontschuldigd, waardoor haar samengevoegde vraag nr. 9473 vervalt.

14 Questions jointes de

- Mme Vanessa Matz à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le système de double tarification pour les consultations" (n° 9473)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours à des consultations à double tarif par les hôpitaux" (n° 9492)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours à des consultations à double tarif par les hôpitaux" (n° 9496)

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Vanessa Matz aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele tarifiering voor consultaties" (nr. 9473)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele tarifiering voor consultaties in ziekenhuizen" (nr. 9492)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele tarifiering voor consultaties in ziekenhuizen" (nr. 9496)

14.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai joint mes questions à celle de Mme Matz, qui est absente aujourd'hui et excusée, pour tenter d'élargir le débat car il s'agit d'un sujet qui a déjà été abordé à plusieurs reprises en commission.

De surcroît, M. Frédéric vous a interrogé en séance plénière, suite à une émission de la RTBF de la mi-janvier qui dénonçait la pratique des consultations à double tarif dans un hôpital public de Liège pour obtenir un rendez-vous dans un délai plus bref chez certains médecins.

Ce genre de pratique n'est pas isolé. Il ne faut donc pas stigmatiser un hôpital, même si la pratique mise en évidence au CHR de Liège est particulière puisqu'il s'agit d'une convention approuvée par le pouvoir organisateur de l'hôpital pour des médecins de renommée internationale qui consultent à des moments particuliers. Cela dit, je sais que d'autres hôpitaux avaient également élaboré ce type de convention, même si la plupart l'ont annulée.

Par ailleurs, il existe une pratique généralisée de rendez-vous chez des médecins hospitaliers accordés plus rapidement à un tarif plus élevé en dehors de l'hôpital.

Madame la ministre, l'objet de ma question est de vous interroger sur des projets qui sont en cours. Ainsi, dans le projet de réforme de financement des hôpitaux que vous nous avez présenté, il n'est pas question de l'harmonisation de la rémunération des médecins spécialistes au sein des hôpitaux proposée par le KCE.

Je suis intimement convaincue que si on n'aborde pas le mode de financement et la manière dont on rémunère les médecins sur la base d'actes dont certains sont beaucoup mieux remboursés que d'autres en raison de leur spécificité technique notamment, et que si on tolère des écarts de rémunération allant de 7 à 10 pour certains médecins spécialistes, on continuera à être confronté à ce type de dérive.

De la même manière, on parle de cadastre dynamique, de médecins spécialistes. Force est de constater que les secteurs spécialisés connaissent une pénurie, de même que certains hôpitaux. On constate aussi une concurrence ainsi qu'une augmentation des rémunérations de certains médecins. Pour s'en sortir, certains n'hésitent donc pas à augmenter les tarifs et user de certains subterfuges.

Madame la ministre, à la suite de ces événements, disposez-vous d'un cadastre ou avez-vous une idée de ce qui se passe réellement sur le terrain en ce qui concerne ces différentes pratiques et en fonction des modalités? Ces éléments ne vous poussent-ils pas à intégrer ces dimensions à la fois dans la réforme du financement et dans l'élaboration du cadastre, afin de répondre aux pénuries de médecins?

Compte tenu du fait que, pour le moment, des patients ne peuvent obtenir de rendez-vous en deans des délais raisonnables, comment allez-vous répondre à ces besoins non rencontrés?

14.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, j'ai pris connaissance du reportage diffusé dans l'émission *Questions à la Une*. J'y ai même donné une réaction. J'ai également pris connaissance de la décision du conseil d'administration du CHR de la Citadelle de mettre fin à cette pratique.

La pratique d'une tarification plus élevée existe depuis de nombreuses années et elle se fonde sur l'application des exigences particulières du patient. La loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit dans son article 50, § 6, que les accords conclus avec les médecins et les dentistes peuvent fixer les conditions dans lesquelles les prestataires peuvent déroger aux tarifs conventionnels. Ils fixent les conditions de temps, de lieu et d'exigences particulières ou de situation économique des bénéficiaires dans lesquelles ces honoraires peuvent être dépassés.

Les accords entre médecins et organismes assureurs prévoient des dispositions particulières en matière d'exigences particulières. La pratique de l'hôpital de la Citadelle n'est pas reprise comme situation justifiant

une dérogation aux honoraires conventionnels. Les médecins non conventionnés fixent librement leurs honoraires et, comme vous le savez, il y en avait deux dans cet hôpital. Je soutiens pleinement les mesures pour encourager les médecins à se conventionner afin d'éviter de telles situations qui risquent de mettre en péril l'accessibilité aux soins.

En ce qui concerne vos questions sur l'existence d'un cadastre, la réponse est non, il n'y en a pas. Les médecins se mettent d'accord avec les directions des établissements hospitaliers. On pourrait demander un cadastre mais il n'est pas certain que nous obtenions une réponse.

Comme vous le savez, dans notre exposé en commission, nous vous avons donné notre *timetable* pour le refinancement des hôpitaux. On travaille sur les trois *clusters* sur le financement des hôpitaux et sur la façon de financer les soins *low variable*, *medium variable* et *high variable*. Dans le *low variable*, ce sera forfaitaire. Il n'y a pas la possibilité de compter plus ni d'avoir deux tarifs différents.

Le seul *medium* existant encore se situe dans le *high care* (soins intensifs), mais il s'agit de prestations très spéciales relatives à des patients à risque, telles que des transplantations et autres actes chirurgicaux. Nous en tenons compte pour éviter ce problème. En tout cas, ce n'est pas simple, mais nous y travaillons.

Depuis que je suis entrée en fonction, on parle d'un nouveau financement des hôpitaux. Nous avançons aussi rapidement que possible. Certaines directions d'établissement nous disent même que nous allons trop vite. Cela dit, nous avons perdu beaucoup de temps.

14.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je suis d'accord avec vous. Nous avons perdu beaucoup trop de temps dans une réforme indispensable du mode de financement des hôpitaux, mais aussi des médecins, etc. Nous avons eu l'occasion de discuter de ce plan de refinancement.

Néanmoins, je retiens que l'objectif est de généraliser au maximum une forfaitarisation croissante. Et je me permets d'insister, à nouveau, sur la nécessité de réfléchir au montant des rémunérations acceptables et à la façon de les régulariser au niveau des hôpitaux.

À partir du moment où des hôpitaux se sentent contraints de payer des médecins avec des rémunérations impossibles, il faudra forcément aller chercher l'argent quelque part: via les rémunérations et le paiement des prestations au-delà des remboursements.

J'insiste donc en la matière tout comme sur la réponse à apporter à la pénurie, parce que c'est cela aussi qui participe aux éléments. Sinon, je vous rejoins quant à la nécessité de poursuivre la réforme, tout en y intégrant les deux éléments que je viens d'aborder.

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

De **voorzitter**: Voor wie zolang hier is gebleven, zijn er blijkbaar nog broodjes, die aan de ingang worden geplaatst.

Wij komen bij de voorlaatste vraag voor vanavond.

15 Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "boetes voor de Brusselse en Waalse ziekenhuizen bij de afrekening van de referentiebedragen" (nr. 9504)

15 Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les amendes infligées aux hôpitaux bruxellois et wallons lors du calcul des montants de référence" (n° 9504)

15.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het RIZIV heeft recent, namelijk op 18 februari 2016, de nieuwe afrekening van de referentiebedragen bekendgemaakt. Ditmaal krijgen nog slechts tien Belgische ziekenhuizen een factuur in de bus, wat goed was voor een totaalbedrag van 2,4 miljoen euro. Opvallend daarbij is dat geen enkel Vlaams ziekenhuis in overtreding is. Het RIZIV recupereert uitsluitend te veel gefactureerde bedragen bij zes Brusselse en vier Waalse ziekenhuizen.

In het verleden waren de ziekenhuizen onder de taalgrens en in de hoofdstad al sterk

oververtegenwoordigd. Bij de nieuwe afrekening viseert het RIZIV dus nog uitsluitend ziekenhuizen in Brussel en Wallonië, wat een frappante illustratie is van dit tweestromenland.

Tot de ziekenhuizen die in de klappen delen, behoort zelfs een universitaire instelling.

Voorts blijkt uit de analyse van het RIZIV dat de openbare ziekenhuizen oververtegenwoordigd zijn en dat de gerecupereerde bedragen ook aanzienlijk hoger liggen dan bij de privé-instellingen.

Mevrouw de minister, er is in de strijd tegen de te hoge uitgaven bij bepaalde ingrepen veel vooruitgang geboekt. Wij zien echter dat in Wallonië en in Brussel enkele hardnekkige problemen blijven bestaan.

Hebt u de namen van de instellingen die te veel aanrekenen? Zal u die namen publiek maken?

Waarom blijven in Wallonië en Brussel problemen bestaan die in Vlaanderen opgelost zijn? Dringt een afzonderlijke aanpak zich niet op?

15.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Vercammen, de cijfers die u vermeldt, zijn vastgesteld in 2014, maar in september 2015 werden zeven ziekenhuizen verzocht om in totaal 1,5 miljoen euro terug te betalen. Het gaat om zes Brusselse ziekenhuizen en één Waals ziekenhuis.

Sedert het gecontroleerd wordt, is de situatie wel continu verbeterd. Het aantal betrokken ziekenhuizen bedroeg in het eerste jaar 34 en is gedaald tot 7 in 2015. De teruggevorderde bedragen bedroegen 6 miljoen euro in het eerste jaar en dat is teruggevallen tot 1,5 miljoen euro in 2015. Wetende dat wij blijven controleren, zal dat ook nog dalen.

Van bij de start van het systeem hebben we ervoor gekozen om de namen van de betrokken ziekenhuizen niet bekend te maken. Er moet worden benadrukt dat het systeem niets zegt over de kwaliteit of de medische vaardigheden van het ziekenhuis. Wel brengt dit de praktijkverschillen aan het licht die ervoor zorgen dat in bepaalde ziekenhuizen de gemiddelde kostprijs van de gefactureerde honoraria hoger ligt dan de Belgische referentie.

We hebben gezocht naar een mogelijke verklaring voor het feit dat het uitsluitend Brusselse ziekenhuizen en één Waals ziekenhuis zijn. Mogelijk ligt dit aan het feit dat preoperatieve onderzoeken door sommige ziekenhuizen vaker vóór het verblijf worden uitgevoerd, terwijl dat in andere altijd tijdens het verblijf wordt verricht, wat de kosten die in aanmerking komen voor de referentiebedragen verhoogt. Dat kan in het bijzonder het geval zijn voor de Brusselse ziekenhuizen, die een patiëntenbestand uit heel België aantrekken.

Het probleem van de verstrekkingen die vóór een ziekenhuisopname worden verricht, zal worden opgelost, aangezien die verstrekkingen in de referentiebedragen zullen worden opgenomen. We zullen werken met een carenperiode van 30 dagen voor de opname. Ik meen dus dat het probleem zal verdwijnen. We blijven het in elk geval controleren.

In het kader van het plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuizen is het mijn ambitie om een retrospectief systeem, een terugvordering a posteriori, door een prospectief systeem van forfaitaire financiering te vervangen. Dat zal het probleem van het financieel risico van praktijkverschillen tussen ziekenhuizen bij het ziekenhuis zelf leggen. Het zal een incentive zijn voor hen om hun uitgaven te reduceren. Ze zullen het eigenlijk niet meer aan ons kunnen doorrekenen. We zullen het geweer van schouder veranderen en een toekenning a priori doen.

15.03 **Jan Vercammen** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw prospectieve visie. Het beroepsgeheim siert u altijd als arts. Ik kan dat bijtreden.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

16 **Question de M. Éric Massin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le métier de prothésiste capillaire" (n° 9953)**

16 **Vraag van de heer Éric Massin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "haarprothesemakers" (nr. 9953)**

16.01 **Éric Massin** (PS): Madame la ministre, la problématique de l'alopécie, qu'elle soit permanente (c'est-à-dire la pelade) ou temporaire (suite à un traitement de chimiothérapie) peut causer de grands préjudices aux personnes qui en souffrent. Au préjudice esthétique de voir chuter ses cheveux, que l'on subit fréquemment lorsqu'on est en chimiothérapie, s'ajoute une souffrance morale et psychologique.

Un remboursement partiel et forfaitaire pour les personnes ayant recours à une prothèse capillaire est d'ailleurs prévu par l'INAMI. En effet, 180 euros sont remboursés pour une prothèse capillaire en cas d'alopécie due à une chimiothérapie, et 270 euros en cas de pelade. Je me suis bien évidemment renseigné auprès du personnel hospitalier des établissements publics et privés - médecins chirurgiens, oncologues, etc. Il apparaît que le service rendu par les vendeurs de prothèses est très variable d'un établissement à l'autre. C'est exactement la même chose que pour une coupe de cheveux.

À ce jour, aucune compétence n'est demandée pour exercer le métier de prothésiste capillaire, et il n'y a pas d'infrastructure spéciale requise, ce qui peut amener à une prise en charge du patient laissant parfois à désirer. En d'autres termes, tout le monde peut s'installer aujourd'hui comme prothésiste capillaire.

Ce problème non spécifique à la Belgique a été résolu par certains de nos pays voisins. Aux Pays-Bas, des centres agréés ont été créés et, en France, une charte des droits du client et des devoirs du vendeur définis par l'Institut national du Cancer a été mise en place.

Madame la ministre, estimez-vous nécessaire de prendre des mesures pour réglementer la profession? Vous semblerait-il opportun de créer une commission d'agrément, au sein de l'INAMI ou d'une autre instance, afin d'agréer selon des conditions spécifiques les personnes désirant devenir prothésistes capillaires?

16.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Massin, je vous remercie pour votre question intéressante, car elle concerne beaucoup de patients.

Je savais que la profession n'était pas vraiment réglementée, mais j'ignorais qu'il existait tant de différences entre les prothésistes. J'ai donc demandé à mes services de recueillir des exemples dans les pays voisins pour savoir si cette profession est réglementée. De la sorte, nous pourrions prendre une initiative.

16.03 **Éric Massin** (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Si vous le souhaitez, je tiens à votre disposition des documents parce que j'ai déjà effectué des recherches. Je sais qu'il existe une association du côté francophone. Je pense qu'il n'en existe pas actuellement du côté flamand. Ce serait peut-être bien parce que c'est fédérateur.

Vous avez tout à fait raison de vous préoccuper du problème. En effet, souvent, ce sont des coiffeurs qui se déclarent prothésistes capillaires et qui travaillent - sans vouloir être désagréable -, dans leur arrière-boutique. D'autres par contre prennent énormément de précautions. Vous feriez grand plaisir à énormément de patients et à leur famille si vous preniez le problème à bras-le-corps. Je suis à votre disposition si vous souhaitez qu'on puisse avancer de concert.

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

De **voorzitter**: Bedankt, mevrouw de minister, om in deze drukke tijden toch nog vragen te komen beantwoorden.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.37 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18.37 heures.*