



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BEKNOPT VERSLAG

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

Woensdag

01-02-2017

Namiddag

Mercredi

01-02-2017

Après-midi

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

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

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

INHOUD

Samengevoegde vragen van	1
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad" (nr. 13976)	1
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad voor 2016" (nr. 13984)	1
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad" (nr. 15109) <i>Sprekers: Karin Jiroflée, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	1
Samengevoegde vragen van	3
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wens van een aantal artsen om te worden bijgestaan door assistenten" (nr. 13925)	3
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van het beroep van praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg" (nr. 14007) <i>Sprekers: Daniel Senesael, Catherine Fonck, voorzitter van de cdH-fractie, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	3
Samengevoegde vragen van	4
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de Orde van geneesheren" (nr. 14060)	4
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de Orde van geneesheren" (nr. 16105) <i>Sprekers: Muriel Gerkens, Raoul Hedebouw, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	4
Samengevoegde vragen van	7
- de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van het voorschrijven van psychofarmaca aan jongeren" (nr. 14119)	7

SOMMAIRE

Questions jointes de	1
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations nutritionnelles du Conseil Supérieur de la Santé" (n° 13976)	1
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations nutritionnelles du Conseil Supérieur de la Santé pour 2016" (n° 13984)	1
- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les nouvelles recommandations nutritionnelles émises par le Conseil Supérieur de la Santé" (n° 15109) <i>Orateurs: Karin Jiroflée, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	1
Questions jointes de	3
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la volonté affichée par certains médecins d'être aidés par des assistants" (n° 13925)	3
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création de la profession d'assistant de pratique médicale de première ligne" (n° 14007) <i>Orateurs: Daniel Senesael, Catherine Fonck, présidente du groupe cdH, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	3
Questions jointes de	4
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'Ordre des médecins" (n° 14060)	4
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'Ordre des médecins" (n° 16105) <i>Orateurs: Muriel Gerkens, Raoul Hedebouw, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	4
Questions jointes de	7
- M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de la prescription de psychotropes à la jeunesse" (n° 14119)	7

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van antidepressiva door jongeren" (nr. 14161)	7	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'antidépresseurs par les jeunes" (n° 14161)	7
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorschrijven van antidepressiva aan kinderen en jongeren" (nr. 14232)	7	- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription d'antidépresseurs aux enfants et aux adolescents" (n° 14232)	7
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van psychostimulantia en antidepressiva door jongeren" (nr. 14373)	7	- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage de psychostimulants et d'antidépresseurs par les jeunes" (n° 14373)	7
- mevrouw Sybille de Coster-Bauchau aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorschrijven van antidepressiva aan kinderen en jongeren" (nr. 14726)	7	- Mme Sybille de Coster-Bauchau à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription d'antidépresseurs aux enfants et aux adolescents" (n° 14726)	7
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van het voorschrijven van psychofarmaca aan jongeren" (nr. 15194)	7	- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de la prescription de psychotropes à la jeunesse" (n° 15194)	7
- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toename van het gebruik van psychofarmaca en antipsychotica bij minderjarigen" (nr. 15700) <i>Sprekers: Damien Thiéry, André Frédéric, Véronique Caprasse, Gautier Calomne, Muriel Gerkens, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	7	- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la hausse de la consommation de psychotropes et d'antipsychotiques chez les mineurs" (n° 15700) <i>Orateurs: Damien Thiéry, André Frédéric, Véronique Caprasse, Gautier Calomne, Muriel Gerkens, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	7
Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van tramadol als drug" (nr. 14156) <i>Sprekers: Jean-Jacques Flahaux, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	12	Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le détournement du tramadol en stupéfiant" (n° 14156) <i>Orateurs: Jean-Jacques Flahaux, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	12
Samengevoegde vragen van	13	Questions jointes de	13
- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke kankerverwekkende effecten van aluminium in deodorants" (nr. 14158)	13	- M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les possibles effets cancérigènes de l'aluminium dans les déodorants" (n° 14158)	13
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke kankerverwekkende effecten van aluminiumzouten in deodorants" (nr. 15108) <i>Sprekers: Jean-Jacques Flahaux, Philippe Blanchart, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	13	- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les possibles effets cancérigènes des sels d'aluminium présents dans les déodorants" (n° 15108) <i>Orateurs: Jean-Jacques Flahaux, Philippe Blanchart, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	13
Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Taking Care-project in Houthalen (Limburg)" (nr. 14205)	14	Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet Taking Care à Houthalen (Limbourg)" (n° 14205)	14

Sprekers: **Els Van Hoof, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

Samengevoegde vragen van	15	Questions jointes de	15
- de heer Alain Top aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de dringende medische hulpverlening" (nr. 14214)	15	- M. Alain Top à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'aide médicale urgente" (n° 14214)	15
- de heer Alain Top aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de dringende medische hulpverlening" (nr. 15828)	15	- M. Alain Top à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'aide médicale urgente" (n° 15828)	15
- de heer Paul-Olivier Delannois aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de berekenings- en financieringswijze voor het vervoer per ziekenwagen in het kader van de dringende medische hulp" (nr. 15997)	15	- M. Paul-Olivier Delannois à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le mode de calcul et de financement du transport en ambulance dans le cadre de l'aide médicale urgente" (n° 15997)	15
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de follow-up van de hervorming van de dringende medische hulp" (nr. 16090)	16	- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi de la réforme de l'aide médicale urgente" (n° 16090)	16
- mevrouw Nahima Lanjri aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ritten zonder vervoer" (nr. 16296) <i>Sprekers:</i> Alain Top, Paul-Olivier Delannois, Philippe Blanchart, Nahima Lanjri, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	16	- Mme Nahima Lanjri à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les courses sans transport" (n° 16296) <i>Orateurs:</i> Alain Top, Paul-Olivier Delannois, Philippe Blanchart, Nahima Lanjri, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	16
Vraag van de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prikpijl" (nr. 14219) <i>Sprekers:</i> Raoul Hedebouw, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	19	Question de M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'injection contraceptive" (n° 14219) <i>Orateurs:</i> Raoul Hedebouw, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	19
Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toekomstpact met de fabrikanten van medische hulpmiddelen" (nr. 14234) <i>Sprekers:</i> Daniel Senesael, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	20	Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le pacte d'avenir conclu avec l'industrie des dispositifs médicaux" (n° 14234) <i>Orateurs:</i> Daniel Senesael, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	20
Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidseffecten van chemicaliën in voedselverpakkingen en keukengerei" (nr. 14235) <i>Sprekers:</i> Daniel Senesael, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	22	Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'impact sur la santé des produits chimiques contenus dans les emballages et ustensiles alimentaires" (n° 14235) <i>Orateurs:</i> Daniel Senesael, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	22
Samengevoegde vragen van	24	Questions jointes de	24
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van	24	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires	24

Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 14246)		sociales et de la Santé publique sur "le Fonds des Accidents Médicaux" (n° 14246)	
- de heer Alain Mathot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het jaarverslag van het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 14325)	24	- M. Alain Mathot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport annuel du Fonds des Accidents Médicaux" (n° 14325)	24
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 16129)	24	- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds des Accidents Médicaux" (n° 16129)	24
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de activiteit van het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 16159)	24	- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'activité du Fonds des Accidents Médicaux" (n° 16159)	24
<i>Sprekers: Valerie Van Peel, Daniel Senesael, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Valerie Van Peel, Daniel Senesael, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de maximumfactuur" (nr. 14267)	27	Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le maximum à facturer" (n° 14267)	27
<i>Sprekers: Valerie Van Peel, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Valerie Van Peel, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	28	Questions jointes de	28
- de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijk reeds door de feiten ingehaalde hervorming van de ziekenhuisfinanciering" (nr. 14294)	28	- M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme du financement des hôpitaux probablement dépassée par les faits" (n° 14294)	28
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de netwerkvorming in de ziekenhuizen" (nr. 15979)	28	- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation de réseaux dans les hôpitaux" (n° 15979)	28
<i>Sprekers: Anne Dedry, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Anne Dedry, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	29	Questions jointes de	29
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stopzetting, onder druk van pharma.be, van de KCE-studie over de overeenkomsten die het RIZIV kan sluiten met de farmaceutische industrie (artikel 81)" (nr. 14293)	29	- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'abandon sous la pression de pharma.be de l'étude du KCE sur les conventions que l'INAMI peut conclure avec l'industrie pharmaceutique (article 81)" (n° 14293)	29
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kosten en de impact op de volksgezondheid van geheime contracten" (nr. 14370)	29	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût et l'impact des contrats secrets sur la santé publique" (n° 14370)	29
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging van gezondheidsgegevens op verzoek van pharma.be" (nr. 14386)	29	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la destruction de données de santé demandée par pharma.be" (n° 14386)	29
- de heer Daniel Senesael aan de minister van	29	- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires	29

Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de KCE-studie over de terugbetalingsregeling voor bepaalde geneesmiddelen (conventie art. 81)" (nr. 14533)		sociales et de la Santé publique sur "l'étude du KCE sur le système de remboursement de certains médicaments (convention art. 81)" (n° 14533)	
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sabotage door pharma.be van het onderzoek naar de geheime contracten tussen de farmasector en de overheid" (nr. 14793) <i>Sprekers: Daniel Senesael, Raoul Hedebouw, Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <i>Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	29	- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sabotage par pharma.be de l'enquête relative aux contrats secrets entre le secteur pharmaceutique et les autorités" (n° 14793) <i>Orateurs: Daniel Senesael, Raoul Hedebouw, Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <i>Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	29
Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zuurstoftherapie" (nr. 14341) <i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	34	Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'oxygénothérapie" (n° 14341) <i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	34
Samengevoegde vragen van	35	Questions jointes de	35
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overeenkomst betreffende borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 14565)	35	- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la convention concernant les reconstructions mammaires autologues" (n° 14565)	35
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overeenkomst met de ziekenhuizen betreffende de borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 14946) <i>Sprekers: Daniel Senesael, Karin Jiroflée, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	35	- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la convention avec les hôpitaux concernant les reconstructions mammaires autologues" (n° 14946) <i>Orateurs: Daniel Senesael, Karin Jiroflée, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	35
Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor artsen" (nr. 14387) <i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	38	Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assurance responsabilité civile professionnelle des médecins" (n° 14387) <i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	38
Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kankerverwekkende producten in babypampers" (nr. 14733) <i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	40	Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de produits cancérigènes dans les couches pour bébés" (n° 14733) <i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	40
Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van eculizumab (Soliris) bij gebruik ter voorkoming van een recidief na transplantatie bij aHUS-patiënten" (nr. 14950) <i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i> , minister van	41	Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'eculizumab (Soliris) utilisé en prévention de la récurrence post-greffe chez des patients atteints de SHUa" (n° 14950) <i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i> , ministre des	41

Sociale Zaken en Volksgezondheid

Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de buitensporige artsenlonen" (nr. 14605)	43	Question de M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les honoraires exorbitants des médecins" (n° 14605)	43
<i>Sprekers:</i> Raoul Hedebouw, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Raoul Hedebouw, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de discounts van farmabedrijven aan apothekers" (nr. 14607)	45	Question de M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les ristournes accordées par les entreprises pharmaceutiques aux pharmaciens" (n° 14607)	45
<i>Sprekers:</i> Raoul Hedebouw, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Raoul Hedebouw, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 01 FEBRUARI 2017

Namiddag

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

du

MERCREDI 01 FEVRIER 2017

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.18 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 18 et présidée par Mme Muriel Gerkens.

01 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad" (nr. 13976)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad voor 2016" (nr. 13984)
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad" (nr. 15109)

01 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations nutritionnelles du Conseil Supérieur de la Santé" (n° 13976)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations nutritionnelles du Conseil Supérieur de la Santé pour 2016" (n° 13984)
- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les nouvelles recommandations nutritionnelles émises par le Conseil Supérieur de la Santé" (n° 15109)

01.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): In zijn zesde uitgave van de voedingsaanbevelingen vraagt de Hoge Gezondheidsraad werk te maken van een daling van de hoeveelheid zout in verwerkte producten zoals brood, kaas, vleeswaren, bereide maaltijden en schoolmaaltijden. De Raad beveelt ook aan de bevolking voor te lichten over de aanwezigheid van zout in voedingswaren.

01.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Dans la sixième édition de ses recommandations nutritionnelles, le Conseil Supérieur de la Santé demande que la teneur en sel diminue dans les produits transformés tels que le pain, le fromage, les dérivés de la viande, les plats préparés et les repas servis dans les cantines scolaires. Le Conseil recommande également d'informer la population de la présence de sel dans les denrées alimentaires.

Op welke manier zal de minister gehoor geven aan deze aanbevelingen?

Comment la ministre va-t-elle donner suite à ces recommandations?

01.02 **Minister Maggie De Block** (*Nederlands*): De FOD Volksgezondheid werkt al meer dan tien jaar aan de verbetering van de voedingsstatus van de bevolking. In 2009 werd overeengekomen met de voedings- en de distributie-industrie om de

01.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Cela fait plus de dix ans déjà que le SPF Santé publique œuvre à l'amélioration du statut nutritionnel de la population. En 2009, un accord avait été conclu avec le secteur de l'alimentation et

zoutconsumptie van de bevolking met 10% te verminderen tegen 2012. Hetzelfde jaar werd met de broodsector afgesproken dat bakkers altijd gejodeerd zout gebruiken en de wettelijke zoutnorm respecteren.

Uit onderzoek blijkt dat de zoutopname met bijna 10% is gedaald tussen 2009 en 2015, maar het is nog altijd meer dan de aanbevolen hoeveelheid van maximum 5 gr zout per dag. De FOD onderzoekt welke initiatieven nog kunnen worden genomen.

De Hoge Gezondheidsraad raadt aan de inname van transvetzuren zoveel mogelijk te beperken. Uit de voedselconsumptiepeiling van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) blijkt dat de inname tussen 2004 en 2014 bijna is gehalveerd: van 0,7% naar 0,4%. Dat is beter dan Denemarken en Nederland. Het WIV schat de daling zelf nog groter. Ondertussen blijkt uit de analyses van het FAVV dat de transvetten vrijwel uit onze voeding zijn verdwenen. In andere lidstaten is dat nog een groter probleem. In december 2015 publiceerde de Europese Commissie een mededeling over transvetten. Het is belangrijk dat dit op Europees niveau wordt aangepakt, aangezien wij niet enkel Belgische producten kopen.

In juni 2016 hebben wij een pact ondertekend met FEVIA en COMEOS over zaken als zout, transvetzuren en suikers. Het pact bevat ook een engagement om de energetische waarden van die producten nog met 5% te verminderen in de volgende jaren. Dit nieuwe engagement loopt tot 2020.

Natuurlijk is er ook overlegd met andere departementen over een algemeen plan van aanpak. Ik denk aan de sensibiliseringscampagnes over gezond eten en drinken. Acties in dat kader moeten worden gecoördineerd met de deelstaten. Ook de ministers van Onderwijs hebben een rol te spelen als het gaat over gezonde voeding of sport op school.

We gaan de goede richting uit, de voedselconsumptiepeilingen zijn een goede barometer om te zien waar we staan en hoe we verder moeten.

01.03 Karin Jiroflée (sp.a): Ik ben blij dat de minister naar de deelstaten verwijst, want het zijn

de la distribution pour réduire la consommation de sel de la population de 10 % à l'horizon 2012. Cette même année, les boulangers s'étaient engagés à ne plus utiliser que du sel iodé et à respecter les normes en matière de sel.

Même si une enquête montre que les apports en sel ont été réduits de près de 10 % entre 2009 et 2015, la quantité recommandée de 5 grammes maximum par jour est pourtant toujours dépassée. Le SPF examine les initiatives supplémentaires qui pourraient être prises.

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande de limiter au maximum la consommation d'acides gras trans. Il ressort de l'enquête de consommation alimentaire réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) que la consommation de ces produits a été pratiquement réduite de moitié entre 2004 et 2014, passant de 0,7 % à 0,4 %. La Belgique fait mieux dans ce domaine que le Danemark et les Pays-Bas. L'ISSP estime que cette baisse est même plus importante. Les analyses de l'AFSCA ont entre-temps révélé que les acides gras trans ont quasiment disparu de notre alimentation. Dans d'autres États membres, le problème subsiste. La Commission européenne a publié une communication sur les acides gras trans en décembre 2015. Compte tenu du fait que nous n'achetons pas que des produits belges, il importe de s'attaquer au problème à l'échelon européen.

En juin 2016, nous avons signé un pacte avec FEVIA et COMEOS portant sur des produits tels que le sel, les acides gras trans et les sucres. L'industrie alimentaire s'engage en outre à réduire encore de 5 % la valeur énergétique de ces produits au cours des prochaines années. Ce nouvel engagement s'étend jusqu'en 2020.

Naturellement, une concertation a également été organisée avec d'autres départements en vue d'élaborer un plan d'approche général. Je pense notamment aux campagnes de sensibilisation à une alimentation saine. Les actions dans ce cadre doivent être coordonnées avec les entités fédérées. Les ministres de l'Enseignement ont également un rôle à jouer en matière d'alimentation équilibrée ou d'activité physique à l'école.

Nous allons dans la bonne direction. Les enquêtes de consommation alimentaire constituent un bon baromètre qui permet de savoir où nous en sommes et ce que nous devons encore entreprendre.

01.03 Karin Jiroflée (sp.a): Je me réjouis que la ministre mentionne les entités fédérées car ce sont

vooral de schoolmaaltijden die ons zorgen baren. Als men ergens moet beginnen, dan liefst daar.

Het incident is gesloten.

02 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wens van een aantal artsen om te worden bijgestaan door assistenten" (nr. 13925)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van het beroep van praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg" (nr. 14007)

02.01 **Daniel Senesael** (PS): De Vlaamse tegenhanger van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België pleit voor een nieuwe opleiding tot praktijkassistent om de werklust van onze artsen te verlichten. Die hebben volgens een recente studie de langste werkweek van Europa.

Hebt u de vertegenwoordigers van de artsen ontmoet? Zo ja, wat hebt u besproken? Hoe denkt u daar gevolg aan te geven? Wat is het standpunt van de Franstalige artsen? Plant u proefprojecten?

02.02 **Catherine Fonck** (cdH): In het advies van de FOD Volksgezondheid wordt er daarover bijkomende informatie gevraagd. De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, de Federale Raad voor verpleegkunde en de Federale Raad voor de paramedische beroepen hebben ook op eigen initiatief een advies ingediend.

Het gaat hier over een uitdaging voor de toekomst met betrekking tot de logica van de zorg bij chronische aandoeningen, de afstemming van de zorgverlening tussen de huisarts en de thuisverpleegkundige, en een interdisciplinaire benadering. Een nieuw beroep creëren lijkt me niet opportuun – de huidige gezondheidswerkers, met hun grote expertise, zouden nauwer kunnen samenwerken. Men moet de eerstelijnsamenwerking, waarin de tandem huisarts-thuisverpleegkundige een cruciale rol vervult, ondersteunen.

02.03 **Minister Maggie De Block** (Frans): In het advies van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) is er sprake van een *physician assistant*, dat is geen praktijkassistent, maar een assistent van de arts. Volgens de KAGB moet men voor dat beroepsprofiel medisch onderlegd zijn, en bij voorkeur een masterdiploma in de biomedische

surtout les repas scolaires qui nous préoccupent. S'il faut commencer quelque part, l'école est l'endroit par excellence.

L'incident est clos.

02 **Questions jointes de**

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la volonté affichée par certains médecins d'être aidés par des assistants" (n° 13925)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création de la profession d'assistant de pratique médicale de première ligne" (n° 14007)

02.01 **Daniel Senesael** (PS): Le pendant flamand de l'Académie royale de médecine de Belgique plaide pour une nouvelle filière d'assistant praticien afin d'alléger la charge de travail de nos médecins qui, selon une récente étude, détiennent le record européen de la plus longue semaine de travail.

Avez-vous rencontré les représentants des médecins? Si oui, quelle fut la teneur des échanges? Quelle suite comptez-vous y donner? Quelles sont les positions francophones? Envisagez-vous des projets pilotes?

02.02 **Catherine Fonck** (cdH): L'avis du SPF Santé publique à ce sujet demande notamment des informations complémentaires. Mais le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes, le Conseil fédéral de l'art infirmier et le Conseil national des professions paramédicales ont aussi remis d'initiative leurs avis.

C'est un enjeu d'avenir pour la logique de chronicité des soins, pour l'articulation des soins entre le généraliste et l'infirmier à domicile, et pour une approche interdisciplinaire. Inventer une nouvelle profession me semble inopportun alors que les professionnels actuels, qui ont une grande expertise, pourraient renforcer leur coopération. Il faut soutenir l'action collaborative de première ligne dans laquelle le binôme généraliste-infirmier à domicile est essentiel.

02.03 **Maggie De Block**, ministre (en français): L'avis de l'Académie royale de médecine néerlandophone parle d'un *physician assistant* qui n'est pas un assistant de pratique mais un adjoint au médecin. L'Académie estime que ce profil doit avoir des compétences médicales, de préférence un master en sciences biomédicales. L'assistant de pratique duquel parle Mme Fonck renvoie à une

wetenschappen hebben. De functie van praktijkassistent waarover mevrouw Fonck spreekt, verwijst naar een administratieve ondersteuningsfunctie in het kader waarvan er enkele technische handelingen kunnen worden verricht. De vraag naar een praktijkassistent is afkomstig van de eerstelijnsdiensten. Ik heb een onderbouwd advies gevraagd aan de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen, de Federale Raad voor verpleegkunde en de Nationale Raad voor de paramedische beroepen.

De adviesraden hebben mij hun advies eind september overgezonden. Geen van die raden is echt voorstander van de invoering van een nieuw beroep van doktersassistent. De organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg is een gemeenschapsbevoegdheid. De Gemeenschappen moeten overleg plegen en in voorkomend geval in de nodige middelen voorzien. De komende maanden zal er overlegd worden over de wetsbepalingen waarbij een aantal medische handelingen toevertrouwd kunnen worden aan andere zorgverleners, met name verpleegkundigen. Het lijkt me dan ook niet nodig om het denkspoor van een nieuw beroep te volgen.

02.04 Daniel Senesael (PS): Ik dank u voor uw duidelijke antwoord.

02.05 Catherine Fonck (cdH): Ik denk eveneens dat het niet opportuun is om een nieuw beroep in het leven te roepen. Ik wil er wel op wijzen dat de samenwerking tussen een huisarts en een thuisverpleegkundige een meerwaarde kan bieden, niet alleen op administratief vlak, maar ook voor de zorg an sich. Een verpleegkundige kan bijvoorbeeld expertise op het gebied van wondzorg inbrengen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter:** De vragen nrs. 14004, 14005 en 14006 van mevrouw Fonck worden omgezet in schriftelijke vragen.

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de Orde van geneesheren" (nr. 14060)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de Orde van geneesheren" (nr. 16105)

03.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Op verschillende vragen over de noodzakelijke hervorming van de taken en de werking van de

fonction de support administratif pouvant faire quelques prestations techniques. Cette demande émane des services de première ligne. J'ai demandé un avis consolidé au Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes, au Conseil fédéral de l'art infirmier et au Conseil national des professions paramédicales.

Ces conseils consultatifs m'ont remis leur avis fin septembre. Aucun n'est favorable à la création d'une nouvelle profession pour assister les médecins. L'organisation des soins de première ligne a été confiée aux Communautés. C'est donc à elles de se concerter et de prévoir des moyens, le cas échéant. Ces prochains mois, il y aura une concertation au sujet des dispositions législatives permettant de confier certaines compétences médicales à d'autres prestataires de soins, notamment aux infirmiers. Par conséquent, il ne me semble pas nécessaire d'explorer la piste de la création de nouvelles professions.

02.04 Daniel Senesael (PS): Merci pour cette réponse claire.

02.05 Catherine Fonck (cdH): Je pense aussi qu'il n'est pas opportuun d'ouvrir l'accès à une nouvelle profession. Mais je rappelle que le partenariat entre un médecin généraliste et un infirmier à domicile peut apporter une plus-value non seulement en termes administratifs mais également en termes de soins. L'infirmier peut, par exemple, apporter une expertise dans le soin des plaies...

L'incident est clos.

La **présidente:** Les questions n^{os} 14004, 14005 et 14006 de Mme Fonck sont transformées en questions écrites.

03 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'Ordre des médecins" (n° 14060)
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'Ordre des médecins" (n° 16105)

03.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Interrogée à plusieurs reprises sur la réforme nécessaire des missions et du fonctionnement de l'Ordre des

Orde der artsen antwoordde u dat het aan de Orde is om voorstellen te doen, die u vervolgens in een besluit zou gieten.

De Nationale Raad van de Orde der artsen heeft u zijn advies overgelegd. Kunnen wij daarover beschikken? Hoe zult u dat in wetteksten vertalen? Wanneer zal het Parlement zich over die hervorming buigen?

03.02 Raoul Hedebouw (PTB-GO!) (Nederlands): Na 50 jaar wordt het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen eindelijk vernieuwd. In het nieuwe wettelijk kader wordt een transversale deontologische kamer opgericht voor alle gezondheidszorgberoepen. Zij moet zich buigen over beroepsgrensoverschrijdende onderwerpen. De bestaande instanties zouden echter blijven bestaan.

Deze hervorming biedt de kans om de oubollige Orde der artsen te hervormen of af te schaffen. Ik heb met mevrouw Detiège daarover een wetsvoorstel ingediend.

Wanneer wordt de hervorming van de Orde der artsen in de ministerraad en in het Parlement besproken? Moet de Orde blijven bestaan na de oprichting van de nieuwe transversale deontologische kamer voor alle gezondheidszorgberoepen? Zal de minister het louter adviserend karakter van die laatste in vraag stellen?

03.03 Minister Maggie De Block (Frans): Het juridische kader van het koninklijk besluit nr. 79 betreffende de Orde der artsen beantwoordt niet langer aan de deontologische noden, die hoofdzakelijk op de zorgkwaliteit en op de ondersteuning van de artsen in een interdisciplinaire omgeving gericht moeten zijn. Bovendien garandeert het juridische kader geen transparante en onpartijdige tuchtprocedures.

De Orde der artsen is zich bewust van de problemen en probeert die al vele jaren binnen het bestaande wettelijke kader op te lossen.

Er wordt op dit ogenblik een conceptnota opgesteld die als basis voor een voorontwerp van wet kan dienen. Er zijn nog bijkomende studies en zelfs adviezen van deskundigen nodig.

(Nederlands) De nieuwe transversale deontologische kamer moet een generieke deontologische code opstellen voor alle

médecins, vous répondiez qu'il lui appartenait de vous remettre ses propositions que vous traduiriez dans un arrêté.

Le Conseil national de l'Ordre vous a-t-il remis son avis consultatif. Pouvons-nous en disposer? Comment allez-vous le transposer légalement? Quand le parlement examinera-t-il cette réforme?

03.02 Raoul Hedebouw (PTB-GO!) (en néerlandais): Il aura fallu attendre cinquante ans pour que l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales soit enfin renouvelé. Le nouveau cadre légal prévoit la création d'une chambre déontologique transversale pour toutes les professions des soins de santé. Celle-ci devra examiner des questions non liées à une profession particulière. Les instances existantes seraient toutefois maintenues.

Cette réforme est l'occasion de réformer ou de supprimer l'Ordre des médecins, qui est désuet. J'ai déposé avec Mme Detiège une proposition de loi à cet effet.

Quand la réforme de l'Ordre des médecins sera-t-elle discutée au Conseil des ministres et au Parlement? Cet Ordre devra-t-il rester en place après la création de la nouvelle chambre déontologique transversale pour toutes les professions paramédicales? La ministre remettra-t-elle en question le caractère purement consultatif de cette dernière?

03.03 Maggie De Block, ministre (en français): Le cadre de l'arrêté royal n° 79 relatif à l'Ordre des médecins ne répond plus aux besoins déontologiques qui doivent être principalement axés sur la qualité des soins et sur le soutien des médecins dans un environnement interdisciplinaire. De plus, il ne garantit pas des procédures disciplinaires transparentes et impartiales.

Conscient de ces problèmes, l'Ordre des médecins essaie depuis plusieurs années de les régler dans le cadre légal actuel.

Une note de concept est en cours de rédaction pour servir de base à l'avant-projet de loi. Des études supplémentaires, voire des avis d'experts, sont encore nécessaires.

(En néerlandais) La nouvelle chambre déontologique transversale doit élaborer un code déontologique générique pour l'ensemble des

gezondheidsberoepen. Het betreft een beroepsoverschrijdende adviesstructuur. De bestaande instanties blijven overeind aangezien zij instaan voor beroepsspecifieke deontologie en tuchtrecht. Vertegenwoordigers van deze instanties zullen worden aangeduid om te zetelen in de nieuwe deontologische kamer. De nadruk moet liggen op het ontwikkelen van een positieve deontologie die primair gericht is op kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor de patiënt en op dienstverlening en ondersteuning van artsen. Het is dus eerder nodig om de bestaande ordes aan te vullen dan deze samen te voegen.

De deontologische kamer wil ook een antwoord bieden op het feit dat gezondheidszorg meer en meer inter- en multidisciplinair tot stand komt. Zij heeft inderdaad een adviserende bevoegdheid, maar haar adviezen kunnen worden aangehaald wanneer de kwaliteit van de verstrekte gezondheidszorg door een bepaalde zorgverlener in gevaar komt.

De conceptuele nota werd al uitvoerig besproken op het kabinet. Hoewel de hervorming op zich liet wachten, lijkt het resultaat positief. De Orde was slechts een tuchtorgaan waarbij de patiënten niet betrokken werden. Alles werd achter gesloten deuren geregeld. Nu wil men meer transparantie en meer aandacht voor de hedendaagse manier van omgaan met patiënten.

Wanneer de finale knelpunten zijn opgelost, volgt het politieke aftoetsen. Daarna zal een voorontwerp worden ingediend. Ik begrijp ook het ongeduld van mijn collega's. Het heeft inderdaad enkele jaren geduurd, maar het is belangrijk om een dergelijke grote oefening goed te doen. De Orde heeft het zelf willen doen en het is nu onze taak om erop toe te zien dat de bescherming van de patiënt vooruitgaat.

Er moet ook rekening worden gehouden met multi- en interdisciplinaire werking, waarbij ook andere gezondheidsberoepen betrokken zijn. Nu waren er daar tussenschotten.

Er komt een ander organisatiemodel, niet één arts is verantwoordelijk, maar elke zorgverlener zal zijn verantwoordelijkheid opnemen. De conceptuele nota ligt klaar voor verdere toetsing. Het is belangrijk dat alle betrokken zorgverleners hun mening hierover kunnen geven en niet enkel de geneesheren.

professions de la santé. Il s'agit d'une structure consultative interprofessionnelle. Les instances existantes seront maintenues puisqu'elles sont chargées du respect de la déontologie et des sanctions disciplinaires propres à chaque profession. Des représentants de ces instances seront désignés afin de siéger au sein de la nouvelle chambre déontologique. L'accent doit être mis sur la mise au point d'une déontologie positive, axée avant tout sur la qualité des soins de santé pour le patient et la prestation de services ainsi que le soutien des médecins. Il est donc préférable de compléter les ordres existants plutôt que de les regrouper.

La chambre déontologique doit également répondre au caractère de plus en plus interdisciplinaire et multidisciplinaire des soins de santé. Il est vrai qu'elle possède une compétence consultative, mais ses avis peuvent être invoqués lorsque la qualité des soins fournis par un prestataire déterminé est compromise.

La note de concept a déjà fait l'objet de discussions approfondies au sein du cabinet. Bien que la réforme se soit fait attendre, le résultat semble positif. L'Ordre ne constituait qu'un organe disciplinaire auquel les patients n'étaient pas associés. Tout se réglait à huis clos. À présent, nous souhaitons instaurer davantage de transparence et porter une attention accrue à la relation avec les patients.

Une fois les problèmes résolus viendra le contrôle politique. Un avant-projet sera ensuite déposé. Je puis également comprendre l'impatience de mes collègues. Toute la procédure a effectivement duré quelques années, mais un exercice de cette ampleur doit être réalisé dans les meilleures conditions. L'Ordre a souhaité effectuer lui-même cet exercice et il nous incombe à présent de veiller à ce que la protection du patient s'améliore.

Il convient également de tenir compte de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité, impliquant également d'autres professions de la santé. À cet égard, il existait jusqu'à présent des cloisonnements.

Un nouveau modèle organisationnel sera mis en place, dans lequel la responsabilité s'étendra à chaque prestataire de soins et ne se limitera plus à un seul médecin. La note de concept sera soumise à une évaluation ultérieure. Il importe que les médecins ne soient pas les seuls à faire entendre leur voix et que tous les prestataires de soins concernés puissent s'exprimer à ce sujet.

03.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): De Raad van de Orde heeft zijn opdracht, die erin bestond 'de eer en de waardigheid van het beroep' te vrijwaren, herzien en legt thans de nadruk op de kwaliteit van de zorgverstrekking en de samenwerking tussen de practitioners. De Raad wil ook de controle- en sanctiemodaliteiten aanpassen en is van plan een hoge raad voor deontologie op te richten. Ik betreur echter dat er over die demarche weinig naar buiten lekt. In ons wetsvoorstel voorzien we in een gelijksoortig neutraal en objectief organisme om te voorkomen dat de rechtbanken met nog meer zaken overspoeld worden.

03.05 Raoul Hedebouw (PTB-GO!) (*Nederlands*): Er is inderdaad nood aan een transversale raad, maar het was beter geweest om die een bindend karakter te geven, eventueel gekoppeld aan een advies van de Orde van artsen. Het gaat toch niet op dat de regering moet wachten op wat een privépartij als de Orde beslist over zichzelf.

De minister gaf geen duidelijke timing, maar ik reken erop dat zij ons zal meedelen wanneer het dossier wordt besproken in de ministerraad.

Het incident is gesloten.

04 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van het voorschrijven van psychofarmaca aan jongeren" (nr. 14119)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van antidepressiva door jongeren" (nr. 14161)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorschrijven van antidepressiva aan kinderen en jongeren" (nr. 14232)
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van psychostimulantia en antidepressiva door jongeren" (nr. 14373)
- mevrouw Sybille de Coster-Bauchau aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorschrijven van antidepressiva aan kinderen en jongeren" (nr. 14726)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van het voorschrijven van psychofarmaca aan jongeren" (nr. 15194)
- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de

03.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Le Conseil de l'Ordre a fait évoluer sa mission, qui était de "sauver l'honneur et la dignité de la profession", en mettant désormais l'accent sur la qualité des soins et la collaboration entre les prestataires. Il veut aussi modifier les modalités de contrôle et de sanction et envisage la création d'un conseil supérieur de déontologie mais je regrette que toute cette démarche reste très confidentielle. Notre proposition maintient un organe de ce type, neutre et objectif, dans le souci de ne pas encombrer davantage les tribunaux.

03.05 Raoul Hedebouw (PTB-GO!) (*en néerlandais*): Un conseil transversal est effectivement nécessaire, mais il aurait été préférable de le doter de pouvoirs contraignants, éventuellement associés à un avis de l'Ordre des médecins. Il est aberrant que le gouvernement doive attendre qu'un organe privé tel que l'Ordre des médecins prenne seul des décisions le concernant.

La ministre n'a pas donné de calendrier précis, mais j'espère qu'elle nous informera de la date à laquelle le dossier sera traité par le Conseil des ministres.

L'incident est clos.

04 **Questions jointes de**

- M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de la prescription de psychotropes à la jeunesse" (n° 14119)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'antidépresseurs par les jeunes" (n° 14161)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription d'antidépresseurs aux enfants et aux adolescents" (n° 14232)
- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage de psychostimulants et d'antidépresseurs par les jeunes" (n° 14373)
- Mme Sybille de Coster-Bauchau à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription d'antidépresseurs aux enfants et aux adolescents" (n° 14726)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de la prescription de psychotropes à la jeunesse" (n° 15194)
- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la hausse de

toename van het gebruik van psychofarmaca en antipsychotica bij minderjarigen" (nr. 15700)

04.01 Damien Thiéry (MR): Psychotrope geneesmiddelen zoals Rilatine worden voorgeschreven voor kinderen, terwijl er in verscheidene rapporten, waaronder dat van Swissmedic en dat van het British Medical Journal, op wordt gewezen dat die producten ernstige bijwerkingen hebben, terwijl de heilzame werking ervan beperkt is.

Zou er daarover in België geen ethisch en maatschappelijk debat moeten worden gevoerd?

04.02 André Frédéric (PS): Het British Medical Journal geeft aan dat het risico op zelfmoord en agressie twee keer hoger ligt bij kinderen en adolescenten die antidepressiva nemen. Voor volwassenen zijn er geen gegevens beschikbaar, maar voorzichtigheid is geboden.

Kan u een stand van zaken van de wetenschappelijke literatuur, van de situatie in ons land en van de eventuele te nemen maatregelen opmaken?

04.03 Véronique Caprasse (DéFI): Van het BelPEP (*Belgian Psychotropics Expert Platform*) maakt een werkgroep deel uit die zich buigt over het gebruik van psychostimulantia bij kinderen en jongeren. Volgens de werkgroep bestaat er geen verband tussen dat geneesmiddelengebruik en de zelfdodingscijfers. Op de website van Swissmedic luidt het echter dat de psychoactieve stof methylfenidaat in dat soort geneesmiddelen psychiatrische stoornissen als angst en slapeloosheid kan veroorzaken, alsook levensmoeheid en suïcidale gedachten.

Een andere werkgroep van het platform buigt zich over het gebruik van antidepressiva bij volwassenen.

Beschikt u over wetenschappelijke informatie in verband met het gebruik van psychostimulantia en antidepressiva door jongeren en over de bijwerkingen ervan? Welke maatregelen worden er gepland? Waarom buigt het BelPEP zich niet ook over het gebruik van antidepressiva bij jongeren?

04.04 Gautier Calomne (MR): Het aantal door de Belgische apotheken aan jongeren tussen 12 en 17 jaar verstrekte *daily defined doses* (DDD) zou tussen 2006 en 2015 gestegen zijn van meer dan 500.000 tot bijna een miljoen eenheden per jaar wat betreft de psychotropica en van 740.924 tot bijna een miljoen eenheden per jaar wat betreft de

la consommation de psychotropes et d'antipsychotiques chez les mineurs" (n° 15700)

04.01 Damien Thiéry (MR): Des psychotropes comme la Ritaline sont prescrits à des enfants alors que plusieurs rapports, comme celui de Swissmedic ou du British Medical Journal, pointent des effets secondaires graves pour des effets bénéfiques limités.

Cela ne mériterait-il pas un débat éthique et sociétal en Belgique?

04.02 André Frédéric (PS): Le British Medical Journal indique que le risque de suicide et d'agression est deux fois plus important chez les enfants et adolescents prenant des antidépresseurs. Pour les adultes, les informations manquent mais la prudence est recommandée.

Pouvez-vous nous dresser un état des lieux de la littérature scientifique, de la situation dans notre pays et des éventuelles mesures à prendre?

04.03 Véronique Caprasse (DéFI): Le site de BelPEP (*Belgian Psychotropics Expert Platform*) est une plate-forme multidisciplinaire comprenant un groupe de travail relatif à l'usage des psychostimulants chez les enfants et jeunes adultes, qui ne conclut à aucun lien entre ces médicaments et le taux de suicide. Par contre, Swissmedic mentionne que "le méthylphénidate contenu dans ces médicaments peut être à l'origine de troubles psychiatriques, tels qu'anxiété et insomnie ou lassitude de vivre et idées suicidaires".

Un autre groupe de travail se concentre sur l'usage des antidépresseurs chez les adultes.

Disposez-vous d'informations scientifiques sur l'usage de psychostimulants et d'antidépresseurs par les jeunes et sur leurs effets secondaires? Quelles sont les mesures envisagées? Pourquoi ne pas étendre les activités de BelPEP à l'usage d'antidépresseurs chez les jeunes?

04.04 Gautier Calomne (MR): Le nombre de "*daily defined doses*" (DDD) délivrées dans les pharmacies belges à des jeunes de 12 à 17 ans serait passé, de 2006 à 2015, de plus de 500 000 à près d'un million d'unités par an pour les psychotropes et de 740 924 à près d'un million d'unités par an pour les antipsychotiques. Pour les 6

antipsychotica. Bij de 6 tot 11-jarigen is het aantal DDD's gestegen van 81.180 tot 84.851 per jaar voor de psychotropica en van 207.895 tot 339.350 DDD's per jaar voor de antipsychotica.

Die cijfers zijn zorgwekkend. Hoe valt die stijging te verklaren? Beschikt u over cijfers voor 2016? Wat is het Europese gemiddelde? Vindt er een gedachtewisseling plaats tussen uw diensten en de vertegenwoordigers van de practitioners om die stijging in te perken? Welke resultaten kan het BelPEP-platform voorleggen?

04.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): U hebt verklaard dat u huiverig staat tegenover geneesmiddelen die de psychische toestand van een kind of adolescent kunnen wijzigen. En u hebt gezegd dat de cijfers over het gebruik van deze geneesmiddelen u zorgen baarden. Maar u blijkt het verband tussen die geneesmiddelen en het risico op zelfdoding niet volledig te erkennen.

Bent u van plan om met bekwame spoed een studie over het aantal getroffen kinderen en adolescenten te laten uitvoeren? Hoe evolueerden die cijfers de voorbije jaren? Zou het niet opportuun zijn om de neveneffecten zoals het risico op zelfdoding te analyseren? Welke concrete maatregelen stelt u voor?

04.06 Minister Maggie De Block (Frans): Psychotrope geneesmiddelen worden voortdurend gemonitord door de dienst voor geneesmiddelenbewaking van het FAGG.

De Europese wetgeving voorziet in een systeem voor signaaldetectie en -evaluatie. 'Signalen' zijn dan nieuwe of weinig gedocumenteerde ongewenste verschijnselen die mogelijk door een geneesmiddel worden veroorzaakt en die bijkomend onderzoek vergen. Dergelijke 'signalen' worden in het bijzonder gevolgd wanneer ze zich voordoen bij de pediatrie populatie.

De EU-verordening die in 2007 van kracht is geworden, voerde ingrijpende veranderingen in de regels die gelden voor kindergeneesmiddelen, met de bedoeling de gezondheid van de kinderen beter te beschermen. De samenvatting van de kenmerken van het product en de bijsluiting op grond van de op dat ogenblik beschikbare kennis kunnen worden geraadpleegd op de FAGG-website en worden regelmatig bijgewerkt.

Het toegenomen risico van suïcidaal of vijandig gedrag wordt er beschreven voor de antidepressiva van de klasse van de selectieve serotonineheropnameremmers.

à 11 ans, on est passé de 81 180 à 84 851 DDD par an pour les psychotropes et de 207 895 à 339 350 DDD par an pour les antipsychotiques.

Ces chiffres sont préoccupants. Comment peut-on expliquer cette augmentation? Disposez-vous de chiffres pour 2016? Quelle est la moyenne européenne? Une réflexion est-elle ouverte entre vos services et les représentants des praticiens de la santé pour limiter cette hausse? Quel est le bilan de la plate-forme BelPEP?

04.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Vous avez déclaré faire preuve de frilosité à l'égard de ces médicaments qui peuvent modifier l'état psychique d'un enfant ou adolescent. Et vous vous êtes dite préoccupée par les chiffres de consommation. Mais vous ne semblez pas reconnaître totalement le lien entre ces médicaments et le risque suicidaire.

Comptez-vous diligenter une étude pour évaluer le nombre d'enfants et d'adolescents concernés? Quelle est l'évolution ces dernières années? Ne serait-il pas opportun d'analyser les effets secondaires comme le risque de suicide? Quelles mesures concrètes comptez-vous prendre?

04.06 Maggie De Block, ministre (en français): Les psychotropes font l'objet d'une surveillance continue par le service de pharmacovigilance de l'AFMPS.

La législation européenne prévoit un système de détection et d'évaluation des "signaux", c'est-à-dire des événements indésirables nouveaux ou faiblement documentés potentiellement causés par un médicament et nécessitant des investigations supplémentaires. Ceux survenus dans la population pédiatrique sont particulièrement suivis.

Un règlement UE entré en vigueur en 2007 introduit des changements radicaux dans l'environnement réglementaire pour les médicaments pédiatriques, visant à mieux protéger la santé des enfants. Le résumé des caractéristiques du produit et la notice reflétant les connaissances actuellement disponibles sont mis à jour et consultables sur le site de l'AFMPS.

Le risque accru de comportement de type suicidaire ou d'hostilité y est décrit pour les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

De Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik van het FAGG bespreekt dergelijke kwesties, met de bedoeling me te adviseren met betrekking tot eventuele bijkomende maatregelen.

De gezondheidswerkers moeten zich bewust zijn van hun grote verantwoordelijkheid bij het vaststellen van de gepaste behandeling en het voorschrijven van geneesmiddelen. We moeten hen steunen opdat ze gefundeerde klinische indicaties zouden kunnen stellen.

Ik heb daartoe al meerdere initiatieven genomen in het kader van het nieuwe beleid met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, meer bepaald dankzij het zorgprogramma intersectorale consult en liaison.

Ik herinner me dat ik destijds vragen over de vrije verkoop van Rilatine heb gesteld aan minister Aelvoet.

(Nederlands) Er waren geen Farmanetgegevens, want het was een vrij afleverbaar product, met alle mogelijke gevolgen. Minister Demotte heeft het product voorschrijfplichtig gemaakt en nog veel later werd het in tijd en gebruik beperkt voor kinderen.

Rilatine-gebruik lijkt soms erg streekgebonden en dat ligt dus zeker aan het voorschrijfgedrag en aan de omgang met kinderen met concentratieproblemen, druk of stress. Ikzelf vind het gevaarlijk om dergelijke geneesmiddelen met zoveel nevenwerkingen aan minderjarigen voor te schrijven. Daarom zetten we in op andere manieren om zorg te bieden, zoals equipes aan huis. Ik zal op die nagel blijven slaan, want het aantal kinderen, adolescenten en volwassenen dat deze geneesmiddelen slikt, moet naar beneden. België is helaas een kampioen hierin.

04.07 Damien Thiéry (MR): Dergelijke medicatie wordt vaker voorgeschreven in het Franstalige landsgedeelte dan in Vlaanderen. Overleg met gezondheidswerkers is uiterst belangrijk en vindt ook plaats, maar een ethisch en maatschappelijk debat zou ook interessant zijn om de artsen bewust te maken van het vaak onderschatte risico.

La commission des médicaments à usage humain de l'AFMPS discute de sujets tels que ceux que vous évoquez en vue de me rendre un avis sur d'éventuelles mesures complémentaires.

Les professionnels de la santé doivent se rendre compte de leur grande responsabilité en matière d'indication et de prescription de médicaments. Nous devons les soutenir pour qu'ils puissent arriver à des indications cliniques fondées.

J'ai déjà pris plusieurs initiatives à cet effet dans le cadre de la nouvelle politique de soins de santé mentale pour enfants et jeunes, notamment grâce au programme de soins de consultation et de liaison intersectorielle.

Je me souviens avoir posé des questions, à l'époque, à la ministre Aelvoet, concernant la vente libre de la Rilatine.

(En néerlandais) À l'époque, ce produit n'était pas enregistré dans le réseau Pharmanet puisqu'il était en vente libre, avec toutes les conséquences qui y étaient liées. Le ministre Demotte a rendu la prescription de ce médicament obligatoire, puis bien plus tard, son usage a été limité pour les enfants, tant ce qui concerne la durée du traitement que les indications.

La consommation de Rilatine présente parfois une forte dimension régionale, qui s'explique certainement par le comportement en matière de prescriptions et l'approche utilisée dans le traitement des enfants souffrant de problèmes de concentration, de tension ou de stress. Personnellement, je trouve dangereux de prescrire des médicaments ayant tant d'effets secondaires à des mineurs d'âge. C'est la raison pour laquelle nous investissons dans d'autres formes de soins, comme les équipes à domicile. Je continuerai à enfoncer le clou pour faire reculer le nombre d'enfants, d'adolescents et d'adultes qui consomment ce médicament. La Belgique est malheureusement championne de la prescription de Rilatine.

04.07 Damien Thiéry (MR): Ce type de médication est davantage prescrit en francophonie qu'en Flandre. Une concertation a lieu avec les acteurs de la santé, c'est extrêmement important. Mais il serait aussi intéressant d'organiser un débat éthique et sociétal dans le but de conscientiser les médecins du risque qui n'est pas toujours suffisamment bien estimé.

04.08 André Frédéric (PS): Ik hou niet van vergelijkingen in de communautaire sfeer, maar in de studie die ik heb gelezen, werd er in elk geval niet gezinspeeld op dit territoriale onderscheid.

Ik spreek me niet uit over de noodzaak van een ethisch en maatschappelijk debat, maar ik wil dat de gezondheidswerkers voor deze problematiek gesensibiliseerd worden.

04.09 Véronique Caprasse (DéFI): Waarom ligt het Rilatinegebruik in Wallonië hoger dan in Vlaanderen?

04.10 Minister Maggie De Block (Frans): In Vlaanderen zijn er ook streken waar er veel Rilatine genomen wordt.

04.11 Véronique Caprasse (DéFI): Het zou interessant zijn dat er in de scholen een voorlichting georganiseerd wordt. Een andere mogelijkheid is dat er een beroep wordt gedaan op de psychologen.

04.12 Minister Maggie De Block (Frans): Neen. Een behandeling is altijd mogelijk, maar eerst moet de diagnose gesteld worden. Men weet niet waarom er in sommige scholen acht op de tien kinderen Rilatine nodig hebben en twee dorpen verderop slechts een op de tien.

(Nederlands) We moeten op veel assen samenwerken. Artsen worden aangesproken op hun voorschrijfgedrag en de FOD Volksgezondheid sensibiliseert opvoeders, leraars en ouders.

04.13 Véronique Caprasse (DéFI): Soms zijn medische handelingen niet nodig dankzij psychologische hulp. Het zijn niet noodzakelijk zieke kinderen, maar er is wel een vorm van lijden.

04.14 Gautier Calomne (MR): Dit is een belangrijk issue, en we moeten alert blijven.

04.15 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Deze problematiek moet op alle echelons worden aangepakt, want er wordt druk uitgeoefend door bepaalde scholen die geen afwijkend gedrag tolereren. De artsen moeten weigeren om zich naar dergelijke onaanvaardbare verwachtingen te schikken.

Een goede diagnose is nodig, maar er zijn alternatieven, zoals psychotherapie.

04.08 André Frédéric (PS): Je n'aime pas les comparaisons communautaires mais, en tout cas, l'étude dont j'ai pris connaissance ne faisait pas allusion à ces divisions territoriales.

Je ne sais s'il faut un débat éthique et sociétal mais je veux que les professionnels de la santé soient davantage impliqués en la matière.

04.09 Véronique Caprasse (DéFI): Pourquoi cela se passe-t-il plus au sud qu'au nord?

04.10 Maggie De Block, ministre (en français): On voit aussi, en Flandre, des régions où l'on prend beaucoup de Rilatine.

04.11 Véronique Caprasse (DéFI): Il serait intéressant de développer l'information au niveau des écoles. Une autre piste est l'intervention des psychologues.

04.12 Maggie De Block, ministre (en français): Non. Un traitement est envisageable mais il faut d'abord le diagnostic. On ne sait pas pourquoi, dans certaines écoles, huit enfants sur dix ont besoin de Rilatine alors que, deux communes plus loin, il n'y en a que un sur dix.

(En néerlandais) La collaboration doit couvrir de nombreux axes. Il faut attirer l'attention des médecins sur leur comportement en matière de prescriptions et le SPF Santé publique doit sensibiliser les éducateurs, les enseignants et les parents.

04.13 Véronique Caprasse (DéFI): On peut échapper à des traitements médicamenteux grâce à une aide psychologique. Il ne s'agit pas nécessairement d'enfants malades mais en souffrance.

04.14 Gautier Calomne (MR): Il s'agit d'un sujet important, auquel il conviendra de rester attentif.

04.15 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Il est nécessaire de travailler à tous les échelons car il existe des pressions de la part d'écoles qui ne supportent pas que les enfants n'aient pas le comportement qu'on attend d'eux. Les médecins doivent refuser de se plier à ces demandes inacceptables.

Il faut un bon diagnostic mais il existe aussi des alternatives comme l'intervention psychothérapeutique.

De nevenwerkingen van dergelijke geneesmiddelen moeten verder onderzocht worden, en dat niet alleen op het Belgische niveau, om de farmabedrijven tot actie te sommen.

Het incident is gesloten.

05 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van tramadol als drug" (nr. 14156)**

05.01 **Jean-Jacques Flahaux (MR):** Tramadol wordt op verschillende continenten als drug gebruikt. Die krachtige pijnstillers, die in de meeste landen alleen op voorschrift verkrijgbaar is, wordt op internet te koop aangeboden als partydrug en als middel om pijn te verzachten, maar in een te hoge dosering, waardoor gebruikers er lichamelijk en geestelijk aan verslaafd raken. De handel in die drug zit in de lift – het gaat over honderdduizenden kilo's – en ook in Europa wordt tramadol steeds vaker als drug gebruikt.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot tramadol in België? Wordt het middel vaak voorgeschreven? Wordt het als drug gebruikt en verhandeld, en wat zijn de gevolgen daarvan? Hoe kan verslaving aan dat middel voorkomen worden? Zult u voorlichtingscampagnes op touw zetten?

05.02 **Minister Maggie De Block (Frans):** Men stelt vast dat het aantal voorschriften voor tramadol tussen 2006 en 2015 gestaag gestegen is. Over het oneigenlijk gebruik van tramadol als drug heeft de Europese Raad van de ministers van Volksgezondheid nog geen specifieke beslissing genomen. Zoals elk geneesmiddel kan het ongewenste lichamelijke en psychische bijwerkingen hebben, vooral bij een overdosis. Men moet bij het voorschrijven zeer alert zijn en de patiënten over de juiste dosering en mogelijke bijwerkingen informeren.

Het is een zeer krachtige pijnstillers met gevaarlijke en zelfs dodelijke bijwerkingen, vooral wanneer hij samen met andere geneesmiddelen wordt ingenomen.

05.03 **Jean-Jacques Flahaux (MR):** Het gebruik ervan is met 35% toegenomen, zonder dat dat aan een reële behoefte lijkt te beantwoorden. Ik pleit voor een sensibilisering met betrekking tot het nut van tramadol in sommige gevallen, maar ook voor de gevaren ervan.

Het incident is gesloten.

Il faut poursuivre les études sur les effets secondaires de ces médicaments, et pas seulement au niveau belge, pour interpeller les firmes pharmaceutiques.

L'incident est clos.

05 **Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le détournement du tramadol en stupéfiant" (n° 14156)**

05.01 **Jean-Jacques Flahaux (MR):** Sur différents continents, le tramadol est détourné à usage de stupéfiant. Ce puissant antalgique, délivré dans la plupart des pays sur ordonnance, est proposé sur internet en usage surdosé pour des fins récréatives et pour soulager la douleur, entraînant une dépendance physique et psychologique. Ce trafic croissant se chiffre en centaines de tonnes et s'étend en Europe.

Qu'en est-il en Belgique? Son utilisation est-elle importante? Fait-elle l'objet d'un trafic et quelles en sont les conséquences? Comment éviter tout problème d'addiction? Prévoyez-vous des campagnes d'information sur ce sujet?

05.02 **Maggie De Block, ministre (en français):** On remarque que le nombre de prescriptions de tramadol a progressivement augmenté entre 2006 et 2015. Le problème de détournement n'a pas encore fait l'objet de décision spécifique du Conseil européen des ministres de la Santé et, comme tout médicament, il peut avoir des effets physiques et psychiatriques indésirables, surtout en surdose. Il faut être très vigilant lors de la prescription et informer le patient sur le dosage adéquat et les possibles effets indésirables.

C'est un antidouleur très puissant dont les effets secondaires peuvent être dangereux, voire mortels, surtout combinés avec d'autres médicaments.

05.03 **Jean-Jacques Flahaux (MR):** La consommation a augmenté de 35 % sans qu'elle semble répondre à un réel besoin. Je préconise une sensibilisation sur l'utilité du tramadol dans certains cas mais aussi sur ses dangers.

L'incident est clos.

06 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Jean-Jacques Flahaux** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke kankerverwekkende effecten van aluminium in deodorants" (nr. 14158)

- de heer **Philippe Blanchart** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke kankerverwekkende effecten van aluminiumzouten in deodorants" (nr. 15108)

06 **Questions jointes de**

- M. **Jean-Jacques Flahaux** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les possibles effets cancérigènes de l'aluminium dans les déodorants" (n° 14158)

- M. **Philippe Blanchart** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les possibles effets cancérigènes des sels d'aluminium présents dans les déodorants" (n° 15108)

06.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Het debat over de mogelijke kankerverwekkende effecten van aluminiumzouten in deodoranten steekt weer de kop op. Omdat er een hoge prevalentie van kanker in het supero-externe kwadrant van de borst is vastgesteld, werd er onderzoek naar deodoranten verricht. Een recente studie bij muizen heeft aangetoond dat de muizen tumoren en ernstige vormen van celontregeling ontwikkelden na blootstelling aan veel lagere dosissen dan wat er in de cosmetica wordt gebruikt. Voorgaande studies, zonder observatie in een werkelijke situatie, konden de toxiciteit voor de mens niet aantonen. Nochtans bieden vandaag heel wat fabrikanten producten zonder aluminiumchlorhydraat noch aluminiumchloride aan.

06.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Le débat sur les effets potentiellement cancérigènes des sels d'aluminium dans les déodorants refait surface. Face à une forte prévalence du cancer dans le quart extérieur haut du sein, une étude récente sur des souris a démontré qu'exposées à des doses bien plus faibles qu'en cosmétique, elles développaient des tumeurs et dérèglements cellulaires importants. Des études précédentes, sans observation en situation réelle, ne pouvaient prouver la toxicité chez l'être humain. Pourtant aujourd'hui, nombre de fabricants proposent des produits sans chlorhydrate d'aluminium ni chlorure d'aluminium.

Over welke informatie beschikt u? Hebt u met uw Europese collega's overlegd? Wordt er momenteel een studie uitgevoerd of is er een gepland? Welke beschermingsmaatregelen zult u nemen? Kan het gebruik van die producten in cosmetica op grond van het voorzorgsbeginsel in België worden verboden? Zult u het gebruik van alternatieve natuurproducten bevorderen? Zult u de Europese Commissie daarover interpellieren?

Quelles informations avez-vous? Avez-vous échangé avec vos collègues européens? Une étude est-elle en cours ou envisagée? Quelle protection sanitaire mettez-vous en place? Au nom du principe de précaution, peut-on interdire ces produits dans les cosmétiques en Belgique? Allez-vous promouvoir l'usage alternatif de produits naturels? Comptez-vous interpellier la Commission européenne?

06.02 **Philippe Blanchart** (PS): Deze studie toont aan dat aluminiumzouten tumoren veroorzaken bij muizen, maar toch zijn ze terug te vinden in acht op de tien deodorants. De onderzoekers beweren dat ze dezelfde concentraties hebben gebruikt als de bij vrouwen gemeten concentraties. Tal van specialisten betwisten dit echter. Het is nog niet geweten in hoeverre de aluminiumzouten in de huid dringen, en de concentratie in weefsels wordt bepaald door meerdere factoren.

06.02 **Philippe Blanchart** (PS): Cette étude montre que les sels d'aluminium provoquent des tumeurs chez les souris, or ils se retrouvent dans huit déodorants sur dix. Les chercheurs disent avoir utilisé des concentrations comparables à celles mesurées chez la femme, ce que contestent nombre de spécialistes. La pénétration des sels d'aluminium dans la peau reste en suspens et leur concentration dans les tissus dépend de plusieurs facteurs.

Bestaan er recentere studies? Zijn ze volgens u noodzakelijk? Vindt u het nuttig om uit voorzorg de bevolking bewust te maken van de mogelijke gevaren van deze producten? Zullen er op Europees niveau maatregelen worden genomen om cosmeticabedrijven ervan af te brengen nog gebruik te maken van deze producten?

Disposons-nous d'études récentes? Les jugez-vous nécessaires? Estimez-vous utile, par principe de précaution, de sensibiliser la population aux dangers potentiels de ces produits? Des mesures européennes sont-elles envisagées pour que les industries cosmétiques renoncent à leur usage?

06.03 Minister **Maggie De Block** (Frans): De

06.03 **Maggie De Block**, ministre (en français):

conclusie van studies van het Europees Wetenschappelijk Comité voor consumentenveiligheid en de Belgische Hoge Gezondheidsraad is dat er aanvullende gegevens over de indringing van aluminiumzouten in de huid nodig zijn. In 2015 werd er een specifieke studie opgestart.

Het Europees Wetenschappelijk Comité voor consumentenveiligheid wacht de laatste resultaten in. De samenstelling van de betrokken producten maakt het voorwerp uit van een Europese regelgeving. Het zou voorbarig zijn mocht België maatregelen nemen voordat de evaluatie van het Wetenschappelijk Comité beschikbaar is.

De bevoegde instanties zijn van oordeel dat er geen enkele relevante aanwijzing is om ervan uit te gaan dat de blootstelling aan aluminium in schoonheidsproducten kanker veroorzaakt. Het wachten is op wetenschappelijke adviezen waarin wordt bepaald welke aluminiumconcentratie door de huid kan dringen.

Natuurlijke producten zijn in trek maar ze zijn niet altijd gezond of onschuldig. Hun onschadelijkheid moet worden geëvalueerd in functie van hun samenstelling en de gebruiksomstandigheden.

06.04 Jean-Jacques Flahaux (MR): Ik verneem met belangstelling dat er nagenoeg geen kankerrisico lijkt te zijn verbonden aan het gebruik van die producten. Overmatig gebruik van deodorants is evenwel niet aangewezen. Een verkeerd gebruik van natuurproducten bergt ook risico's in zich.

06.05 Philippe Blanchart (PS): Er is intussen een hele handel in natuurproducten ontstaan. Het zou nuttig zijn om de consument te wijzen op de nadelen van het gebruik van die producten.

Ik acht het raadzaam alert te blijven op de problematiek van de aluminiumzouten, aangezien het aantal gevallen van borstkanker nog altijd gestaag toeneemt.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Taking Care-project in Houthalen (Limburg)" (nr. 14205)

07.01 Els Van Hoof (CD&V): In Houthalen-Helchteren werden in het kader van een proefproject bij apothekers 1.369 mensen via een

Des études du Comité scientifique européen pour la sécurité du consommateur et du Conseil Supérieur de la Santé belge estiment qu'il faut des données complémentaires sur la pénétration dermique des sels d'aluminium. Une étude spécifique a été lancée en 2015.

Le Comité scientifique européen de la sécurité des consommateurs attend les derniers résultats. La composition des produits concernés fait l'objet d'une réglementation européenne. Il serait prématuré que la Belgique prenne des dispositions tant que l'évaluation du Comité scientifique n'est pas disponible.

Les instances compétentes estiment qu'aucun indice pertinent ne permet de considérer l'exposition à l'aluminium dans les produits cosmétiques comme cancérigène. Les avis scientifiques doivent encore déterminer la fraction d'aluminium susceptible de passer la barrière cutanée.

Les produits naturels sont en vogue mais ils ne sont pas toujours sains ou inoffensifs. Leur innocuité doit être évaluée en fonction de leur composition et de leurs conditions d'utilisation.

06.04 Jean-Jacques Flahaux (MR): J'ai appris avec intérêt que les risques en termes de cancers semblent quasiment nuls. Il ne faudrait pas faire un usage excessif des déodorants. Je comprends les risques d'une mauvaise utilisation de produits naturels.

06.05 Philippe Blanchart (PS): Les produits naturels font effectivement l'objet d'un grand commerce. Il serait utile de prévenir le consommateur des inconvénients que peuvent générer ces produits.

Restons attentifs à la problématique des sels d'aluminium car le nombre de cancers du sein répertoriés reste en constante augmentation.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet Taking Care à Houthalen (Limbourg)" (n° 14205)

07.01 Els Van Hoof (CD&V): Dans le cadre d'un projet pilote mené auprès de pharmaciens à Houthalen-Helchteren, 1 369 personnes ont été

vragenlijst en vingerprik gescreend op diabetes type 2. Daaruit bleek dat 405 mensen zich in een voorstadium bevinden en dat 19 mensen de ziekte al hadden. De uitrol van dit project over het hele land zou over 20 jaar een besparing opleveren van 1,7 miljard euro.

In welke mate zal de minister deze bevindingen in het beleid inpassen? Welke rol ziet zij weggelegd voor de apothekers binnen dit soort projecten? Zal de geplande hervorming daar rekening mee houden?

07.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Het proefproject is aan bod gekomen tijdens heel wat besprekingen over het meerjarenplan voor de officina-apothekers. Het nieuwe wettelijke kader voorziet in een algemene visie op de rol van de apothekers en in de belangrijkste beleidsinitiatieven. Daarbij zijn er drie belangrijke doelstellingen: de verbetering van de farmaceutische zorg, de versterking van de rol van de huisapotheker in de eerstelijnsgezondheidszorg en de voortzetting van de digitalisering. Dit soort proefprojecten past in de beoogde versterking van de rol van de apotheker.

We moeten ons wel hoeden voor een al te optimistische inschatting van de terugverdieneffecten. Daarover is nog meer onderzoek nodig.

07.03 **Els Van Hoof** (CD&V): Ik sta achter de lijnen die de minister heeft uitgezet om de apothekers meer in te schakelen in de eerstelijnszorg. Ik geloof zelf heel erg in het diabetesproject omdat het erg laagdrempelig is en mensen vroegtijdig kunnen worden gescreend. Het maakt ook duidelijk dat de apotheker de rol van zelfzorgadviseur op zich kan nemen.

Het incident is gesloten.

08 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Alain Top** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de dringende medische hulpverlening" (nr. 14214)
- de heer **Alain Top** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de dringende medische hulpverlening" (nr. 15828)
- de heer **Paul-Olivier Delannois** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de berekenings- en financieringswijze voor het

soumises à un questionnaire et à un prélèvement de sang capillaire en vue du dépistage du diabète de type 2. Il en est ressorti que 405 personnes étaient pré-diabétiques et que 19 autres personnes avaient déjà la maladie. Le déploiement de ce projet dans tout le pays permettrait de réaliser une économie de 1,7 milliard d'euros en vingt ans.

Dans quelle mesure la ministre intégrera-t-elle ces constatations dans sa politique? Quel rôle les pharmaciens pourront-ils jouer, d'après elle, dans de tels projets? En sera-t-il tenu compte dans la réforme prévue?

07.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): L'idée du projet pilote a été abordée lors de nombreuses discussions relatives au plan pluriannuel pour les pharmaciens d'officine. Le nouveau cadre légal prévoit une vision générale du rôle du pharmacien ainsi que les principales initiatives stratégiques. Trois objectifs principaux ont été fixés à cet égard: l'amélioration des soins pharmaceutiques, le renforcement du rôle du pharmacien de famille dans le cadre des soins de santé de première ligne et la poursuite de la numérisation. Ce type de projets pilotes s'inscrit dans le cadre de l'objectif de renforcement du rôle du pharmacien.

Nous devons toutefois nous garder d'être trop optimistes dans l'estimation des effets retour. Nous avons en effet besoin d'encore plus d'analyses à cet égard.

07.03 **Els Van Hoof** (CD&V): Je souscris à la ligne définie par la ministre, qui vise à faire intervenir davantage les pharmaciens au niveau des soins de première ligne. Je crois profondément à l'efficacité du projet "diabète" car il est très largement accessible et permettra des dépistages précoces de la maladie. Ce projet établit aussi clairement que le pharmacien peut endosser le rôle de conseiller médical.

L'incident est clos.

08 **Questions jointes de**

- **M. Alain Top** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'aide médicale urgente" (n° 14214)
- **M. Alain Top** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'aide médicale urgente" (n° 15828)
- **M. Paul-Olivier Delannois** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le mode de calcul et de financement du transport en ambulance dans le cadre de l'aide médicale urgente" (n° 15997)

vervoer per ziekenwagen in het kader van de dringende medische hulp" (nr. 15997)

- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de follow-up van de hervorming van de dringende medische hulp" (nr. 16090)

- mevrouw Nahima Lanjri aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ritten zonder vervoer" (nr. 16296)

08.01 Alain Top (sp.a): Volgens medewerkers van de FOD Volksgezondheid zou de dringende medische hulpverlening in de zone Fluvia halfweg 2017 een nieuwe werking en financiering krijgen. De brandweerzones wachten al twee jaar op een nieuwe regeling. Momenteel zijn de aanrijtijden voor ziekenwagens veel te lang.

Wat is de stand van zaken? Komt er een nieuwe werking en financiering? Zal dat zijn invloed hebben op de erkenningen inzake dringende medische hulpverlening? Kan de minister het voorstel toelichten? Welke aanrijtijden heeft ze voor ogen? Welke garanties zijn er dat die gehaald zullen worden? Hoe wordt de huidige werking gecontroleerd? Hoe kan de minister ingrijpen indien de goede dienstverlening in het gedrang komt?

08.02 Paul-Olivier Delannois (PS): De financiering van het ambulancevervoer is ontoereikend en de berekening van de kosten ervan lijkt me onbillijk. Ze is immers gebaseerd op het aantal afgelegde kilometers, wat zorgt voor prijsverschillen in functie van de afstand tussen de hulpvrager en de beschikbare hulpdienst.

Heeft u het advies ontvangen dat u aan de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening had gevraagd? Wat zijn uw conclusies? Wordt er op korte termijn een hervorming van de medische hulpverlening overwogen terwijl sommige hulpverleningszones de DGH dreigen stop te zetten? Welke middelen zouden er daarvoor kunnen worden uitgetrokken? Heeft u het daar met de heer Jambon over gehad?

08.03 Philippe Blanchart (PS): Het KCE heeft de dringende medische hulpverlening tegen het licht gehouden. Terwijl 99% van de personen zonder verblijfsvergunning dankzij die procedure toegang zou moeten hebben tot gezondheidszorg, is dat slechts voor 14% echt het geval. Dat is te wijten aan de vage definitie van dringende medische hulpverlening, aan een gebrekkige communicatie, aan de complexiteit van de procedures en aan

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi de la réforme de l'aide médicale urgente" (n° 16090)

- Mme Nahima Lanjri à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les courses sans transport" (n° 16296)

08.01 Alain Top (sp.a): Selon des collaborateurs du SPF Santé publique, le fonctionnement et le financement de l'aide médicale urgente dans la zone Fluvia seront modifiés vers la mi-2017. Les zones d'incendie attendent une nouvelle réglementation depuis deux ans. Les délais d'intervention des ambulances sont actuellement beaucoup trop longs.

Qu'en est-il exactement? De nouvelles modalités de fonctionnement et de financement seront-elles instaurées? Ces modifications influenceront-elles sur les agréments de services d'aide médicale urgente? La ministre peut-elle commenter la proposition? Quelles sont ses ambitions en ce qui concerne les délais d'intervention? Quelles garanties a-t-elle quant au respect de ces délais? Comment le fonctionnement actuel est-il contrôlé? De quels moyens d'intervention dispose la ministre en cas de remise en cause de la qualité du service?

08.02 Paul-Olivier Delannois (PS): Le calcul du coût des transports en ambulance ne me semble pas équitable et son financement est trop faible. Le calcul se base sur le nombre de kilomètres parcourus, ce qui entraîne des différences de prix selon la distance entre la personne demandant de l'aide et le service de secours disponible.

Avez-vous reçu l'avis que vous aviez demandé au Conseil national des secours médicaux d'urgence? Quelles sont vos conclusions? Une réforme à court terme de l'aide médicale est-elle envisagée alors que certaines zones de secours menacent d'arrêter l'AMU? Quels moyens pourrait-on lui dédier? En avez-vous parlé avec M. Jambon?

08.03 Philippe Blanchart (PS): Le KCE a procédé à une évaluation de l'aide médicale urgente. Alors que 99 % des personnes sans titre de séjour devraient avoir accès aux soins de santé grâce à cette procédure, seuls 14 % y accèdent. Sont en cause la définition peu claire de l'aide médicale urgente, une communication déficiente, la complexité des procédures et des décisions arbitraires. Le KCE proposait une réforme autour de

willekeurige beslissingen. Het KCE stelde een tweeledige hervorming voor: enerzijds een vereenvoudiging en harmonisering van de administratieve procedures, anderzijds een rationalisatie van de toegang tot gezondheidszorg en het informatiesysteem.

Hoe luidde uw antwoord op de aanbevelingen van het KCE? Is de medische hulpverlening voor personen zonder verblijfsvergunning toegankelijker geworden? Hoe kunnen willekeurige beslissingen tijdens de procedure worden vermeden?

08.04 Nahima Lanjri (CD&V): Na een studie over nutteloze ritten door ambulances in 2006 werd beslist om de toelage voor de ritten zonder vervoer te verhogen. Toch worden sommige van die ritten nog steeds aangerekend aan de patiënt, hoewel dat in principe nooit mocht. Hoe reageert de minister daarop? Moeten de regels worden verduidelijkt?

Wat is de stand van zaken aangaande de aangekondigde dynamische programmatie van de middelen voor dringende medische hulpverlening? Zal dit het probleem oplossen? Hoe verloopt de samenwerking met de minister van Binnenlandse Zaken?

In 2004 diende ik een wetsvoorstel in om dit probleem aan te pakken. Wij hebben op verzoek van de minister gewacht met de verdere uitwerking daarvan, omdat zij de kwestie zou opnemen in een ruimer kader. Ik hoop dat dit kader er nu echt snel komt, want het probleem van de aanrekening van nutteloze ritten aan de patiënt moet worden opgelost.

08.05 Minister Maggie De Block (Nederlands): Op basis van de adviezen van de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening hebben wij aan een strategische visie gewerkt over de niet-planbare zorg, waar de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening deel van uitmaakt.

Ook de financiering van de dringende geneeskundige hulpverlening wordt onder de loep genomen. Ik heb drie keer meer middelen begroot in 2016 voor de toelage voor ambulancediensten. Dat was een eerste stap in het financieel gezonder maken van de sector.

Daarnaast zal ook bijkomende financiering nodig zijn voor een billijke en transparante financiering van de dringende geneeskundige hulpverlening. Dat moet dan ook positieve gevolgen hebben op de

deux idées: simplifier et harmoniser les procédures administratives, rationaliser l'accès aux soins de santé et le système d'information.

Quelle a été la réponse aux recommandations du KCE? L'accès aux soins pour les personnes sans titre de séjour s'est-il amélioré? Que fait-on pour éviter les décisions arbitraires pendant la procédure?

08.04 Nahima Lanjri (CD&V): Après une étude réalisée en 2006 sur les parcours inutiles d'ambulances, il a été décidé d'augmenter les subsides pour les courses sans transport. Toutefois, certaines de ces courses sont toujours facturées au patient alors même que cette pratique n'a en principe jamais été autorisée. Quelle est la réaction de la ministre face à cette situation? Les règles doivent-elles être précisées?

Où en est la programmation dynamique des moyens alloués à l'aide médicale urgente, qui avait été annoncée en son temps? Ce mode de fonctionnement va-t-il résoudre le problème? Comment se déroule la collaboration avec le ministre de l'Intérieur?

En 2004, j'ai déposé une proposition de loi visant à apporter une solution à ce problème. À la demande de la ministre, qui désirait intégrer cette question dans un cadre plus large, nous avons différé le développement de cette initiative. J'espère que ce cadre global sera rapidement achevé, car il convient de résoudre le problème de la facturation des parcours inutiles aux patients.

08.05 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Sur la base des avis du Conseil national des secours médicaux d'urgence, nous avons développé une vision stratégique en matière de soins non programmables, dans laquelle s'inscrit la réforme de l'aide médicale urgente.

Il est également procédé à une radioscopie du financement de l'aide médicale urgente. En 2016, le budget que j'ai alloué aux services d'ambulance a triplé. C'est une première étape de l'assainissement financier du secteur.

Il faudra dans le même temps des moyens supplémentaires pour assurer un financement équitable et transparent de l'aide médicale urgente. Ces réformes doivent faire baisser la facture du

factuur voor de patiënt. De ritten zonder vervoer worden ook bekeken. Een rit zonder vervoer aanrekenen is strafbaar. Patiënten moeten dit aan hun ziekenfonds melden. Als ze dat niet doen, kunnen wij niet optreden.

Mijn kabinet en mijn administratie werken gelijktijdig met het kabinet en de administratie van Binnenlandse Zaken aan dit dossier.

In de volgende weken zal de regering over dit dossier overleggen. Al jaren gebeuren er heel wat zaken op het terrein en worden problemen zo snel mogelijk opgelost. Het is nu de eerste keer dat er aan een grote hervorming wordt gewerkt.

(Frans) Mijnheer Blanchart, de dringende medische hulpverlening aan de personen zonder verblijfsvergunning valt niet onder mijn bevoegdheid, maar onder die van de heer Francken als de betrokkenen in een centrum verblijven en onder die van de heer Borsus als ze ten laste van het OCMW vallen.

08.06 Alain Top (sp.a): Ik heb geen antwoorden gekregen op mijn specifieke vraag. Ik hoop dat deze specifieke kwestie niet ondergesneeuwd raakt door het feit dat er gewerkt wordt aan het grotere geheel. De toestand op het terrein is precair. Ik dring er op aan om zo snel mogelijk werk te maken van een duurzame oplossing.

Het is heel goed dat de toelage voor dringende geneeskundige hulp verdrievoudigd werd, maar er veel meer nodig om de sector financieel gezond te maken.

Als het aanrekenen van nutteloze ritten strafbaar is, geldt dat dan ook voor andere extra kosten, zoals bijvoorbeeld voor een hoogwerker om een patiënt te kunnen evacueren?

08.07 Paul-Olivier Delannois (PS): Als een hulpverleningszone de hulpdiensten wil uniformeren, lijkt het me onzinnig dat de kosten verschillen. Men moet het ons mogelijk maken de tarieven gelijk te schakelen.

08.08 Philippe Blanchart (PS): Ambulanceritten maken meer dan 80% uit van de brandweerinterventies. Een harmonisatie dringt zich op.

08.09 Nahima Lanjri (CD&V): Wij zullen de verzekeringsinstellingen aanraden om contact op te nemen met de diensten van de minister als zij een

patient. Les courses sans transport sont également dans le collimateur. La facturation de telles courses est punissable et les patients doivent signaler ces abus à leur mutualité. À défaut, nous ne pouvons pas intervenir.

Sur ce dossier, mon cabinet et mon administration travaillent côte à côte avec leurs homologues de l'Intérieur.

Une concertation sera organisée au sein du gouvernement sur ce dossier au cours des prochaines semaines. De très nombreuses initiatives sont prises sur le terrain depuis plusieurs années déjà et les problèmes seront résolus le plus rapidement possible. Pour la première fois, une grande réforme est à présent mise en chantier.

(En français) Monsieur Blanchart, l'aide médicale urgente aux personnes sans titre de séjour ne relève pas de ma compétence mais de celle de M. Francken si les personnes sont dans des centres, et de M. Borsus si elles sont au CPAS.

08.06 Alain Top (sp.a): J'ai posé une question bien spécifique mais n'ai pas obtenu de réponse. J'espère que l'examen de ce problème spécifique ne passera pas à la trappe sous prétexte que l'on se penche sur un ensemble plus large. Sur le terrain, la situation est précaire. J'insiste pour que l'on dégage au plus vite une solution durable.

Le triplement des moyens alloués à l'aide médicale urgente est très appréciable. Cependant, cette mesure est tout à fait insuffisante si l'on veut assainir les finances du secteur.

Si la facturation de courses inutiles est punissable, cela s'applique-t-il dès lors également à d'autres frais supplémentaires comme, par exemple, la location d'un élévateur en vue d'évacuer un patient?

08.07 Paul-Olivier Delannois (PS): L'objectif d'une zone de secours étant d'uniformiser les services de secours, une disparité de coûts m'apparaît comme une ineptie. Il faut nous permettre de trouver une mutualisation des prix.

08.08 Philippe Blanchart (PS): Les sorties en ambulance représentant plus de 80 % des services d'incendie, il faut une harmonisation en la matière.

08.09 Nahima Lanjri (CD&V): Nous allons conseiller aux organismes assureurs de prendre contact avec les services de la ministre dès qu'ils

melding krijgen van het aanrekenen van ritten zonder vervoer. Dat kan ook al in afwachting van een duidelijke regelgeving. Mocht het noodzakelijk zijn, dan ligt mijn wetsvoorstel alvast klaar, maar als de minister het in een ruimer kader wil aanpakken, dan is dat ook goed voor mij.

08.10 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Alle onterecht aangerekende prestaties kunnen via het ziekenfonds aan ons worden gerapporteerd. Wij hebben daar afspraken over en nemen dat zeer ernstig, maar we kunnen het pas onderzoeken als er aangifte van wordt gedaan.

Ik ga akkoord dat de ene burger eigenlijk niet meer zou moeten betalen dan de andere, maar in rurale zones zijn de aanrijtijden soms veel langer en het prijsverschil kan ook afhangen van bijvoorbeeld de toestand van de patiënt. In de eerste plaats is het medisch aspect belangrijk, maar de prijs is natuurlijk ook niet onbelangrijk.

08.11 **Paul-Olivier Delannois** (PS): We begrijpen elkaar niet. Mensen die in dezelfde straat wonen, zullen een andere prijs betalen voor een ambulance in functie van de plek vanwaar die komt!

Men zou de zones moeten toestaan om de kosten per kilometer te vervangen door een enkel forfait in dezelfde zone.

08.12 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): U pleit dus voor de invoering van een forfaitair bedrag.

08.13 **Paul-Olivier Delannois** (PS): Een forfaitair bedrag dat door de zone zelf zou kunnen worden berekend en vastgesteld!

08.14 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Ik zou graag meer details geven, maar dit is een heel grote hervorming. Er zijn al veel middelen uitgetrokken, maar er zijn er nog meer nodig. Het gaat om een gedeelde bevoegdheid met Binnenlandse Zaken. Ook voor de minister van Binnenlandse Zaken is dit erg belangrijk. In de komende maanden zullen er keuzes gemaakt moeten worden over het vrijmaken van meer middelen.

Het incident is gesloten.

09 **Vraag van de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prikpil" (nr. 14219)**

09.01 **Raoul Hedebouw** (PTB-GO!): Volgens het FAGG zou het product Depo-Provera – de

sont informés de la facturation de courses sans transport. Ils peuvent déjà le faire dans l'attente d'une réglementation claire. Si nécessaire, ma proposition de loi est déjà prête mais si la ministre préfère remédier à ce problème dans un cadre plus large, c'est tout aussi bien.

08.10 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Toute prestation indûment facturée peut nous être signalée par le biais des mutualités. Nous avons conclu des accords sur ce point et nous prenons ce problème très au sérieux, mais nous ne pouvons enquêter qu'à partir du moment où des faits sont signalés.

Je suis d'accord pour dire que le tarif devrait être identique pour tous les citoyens mais, dans les zones rurales, les temps d'intervention sont parfois nettement plus longs et la différence de prix peut aussi résulter de l'état du patient, par exemple. L'aspect médical est primordial, mais le prix n'est évidemment pas négligeable non plus.

08.11 **Paul-Olivier Delannois** (PS): Nous ne nous comprenons pas. Des voisins habitant la même rue vont payer une ambulance à un prix différent selon l'endroit d'où elle provient!

Il faudrait permettre aux zones de remplacer le coût kilométrique par un forfait unique dans la même zone.

08.12 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Vous voulez donc un montant forfaitaire.

08.13 **Paul-Olivier Delannois** (PS): Qui pourrait être calculé et fixé par la zone elle-même!

08.14 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Je voudrais vous fournir davantage de détails, mais il s'agit d'une réforme de très grande envergure. Des moyens déjà très importants ont été mis en œuvre à cet effet, mais il en faudra davantage encore. Il s'agit d'une compétence partagée avec le ministre de l'Intérieur, pour qui ce dossier est tout aussi important. Il conviendra d'opérer des choix dans les mois à venir en vue de libérer davantage de moyens.

L'incident est clos.

09 **Question de M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'injection contraceptive" (n° 14219)**

09.01 **Raoul Hedebouw** (PTB-GO!): Selon l'AFMPS, l'injection contraceptive de la marque

zogenaamde prikpil – in oktober verschillende weken niet beschikbaar zijn geweest. Het product kon in het buitenland worden besteld, maar dan werd het niet terugbetaald. De prikpil wordt vooral gebruikt voor vrouwen die er niet in slagen dagelijks een anticonceptiepil te slikken, vaak vrouwen met een mentale beperking.

Kan de minister het probleem toelichten?

09.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): De tijdelijke onbeschikbaarheid van Depo-Provera was te wijten aan een productieprobleem. Het product kon niet worden verpakt. Er was wel een therapeutisch alternatief op de markt, Sayana, met dezelfde actieve bestanddelen en op dezelfde manier toe te dienen.

Op 12 oktober kon alweer een lot worden vrijgegeven door de producent en sindsdien is het product weer beschikbaar. Omdat we tijdens de productieonderbreking niet genoeg reserves hadden om aan de vraag te blijven voldoen, hebben wij gevraagd of er nog loten voor andere landen klaarstonden, die dan in België konden worden gebruikt. Dat is gebeurd.

09.03 **Raoul Hedebouw** (PTB-GO!): Deze vraag was zes dagen voor het probleem werd opgelost, ingediend. Dit toont dus aan dat een vraag van de PVDA zijn werk doet. Pfizer was het probleem meteen aan het bestuderen.

Vorige week deed zich overigens eenzelfde probleem voor met het middel Ledertrexate. Welke bewijzen hebben we dat het daadwerkelijk om een productieprobleem gaat? De wet op de geneesmiddelen uit 1964 verplicht bedrijven om continue bevoorrading te garanderen opdat ze de prijzen niet manipuleren. Controle is dus belangrijk.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 14220 van mevrouw Capoen wordt uitgesteld.

10 **Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toekomstpact met de fabrikanten van medische hulpmiddelen" (nr. 14234)**

10.01 **Daniel Senesael** (PS): U hebt met de fabrikanten van medische hulpmiddelen een toekomstpact gesloten om de veiligheid van de

Depo-Provera aurait connu plusieurs semaines de rupture de stock en octobre. Le produit pouvait être commandé à l'étranger, mais il n'était dans ce cas pas remboursé. L'injection contraceptive est principalement utilisée par des femmes qui ne réussissent pas à avaler quotidiennement une pilule contraceptive et il s'agit souvent de femmes souffrant de déficiences mentales.

La ministre peut-elle apporter des précisions sur cette question?

09.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Des problèmes de production sont à l'origine de la rupture de stock temporaire du Depo-Provera. Le produit ne pouvait pas être conditionné. Une alternative thérapeutique était toutefois disponible, le Sayana, un produit contenant les mêmes substances actives et au mode d'administration identique.

Le 12 octobre, un nouveau lot a pu sortir de l'usine et le produit est à nouveau disponible depuis cette date. Faute de réserves suffisantes pour satisfaire la demande durant la rupture de stock, nous avons demandé si des lots étaient prêts pour d'autres pays et pouvaient être utilisés en Belgique. Ces lots disponibles ont été mis à notre disposition.

09.03 **Raoul Hedebouw** (PTB-GO!): Le problème a été résolu six jours après le dépôt de cette question. C'est bien la preuve que les questions du PTB-GO sont efficaces. Pfizer s'est immédiatement penché sur la question.

Un problème analogue s'est par ailleurs posé la semaine dernière avec le médicament Ledertrexate. Comment être sûr qu'il s'agit effectivement d'un problème de production? En vertu de la loi de 1964 sur les médicaments, les entreprises sont tenues d'assurer un approvisionnement continu afin d'éviter toute manipulation des prix. Un contrôle est donc de mise.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 14220 de Mme Capoen est reportée.

10 **Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le pacte d'avenir conclu avec l'industrie des dispositifs médicaux" (n° 14234)**

10.01 **Daniel Senesael** (PS): Vous avez mis en place, avec l'industrie des dispositifs médicaux, un pacte d'avenir visant notamment à améliorer la

patiënten te verbeteren. Een van de 32 punten van dit pact is het invoeren van een autocontrolesysteem voor onder andere mobiele applicaties. De actoren zullen zelf verantwoordelijk zijn voor de correctheid, de permanente actualisering en de jaarlijkse validatie van de medische gegevens. Een andere doelstelling is de betere toegankelijkheid van de medische hulpmiddelen voor de patiënt. U werkt aan transparante en snellere terugbetalingsprocedures, onder meer voor in-vitrotesten. Er werd een werkgroep opgericht bij het RIZIV. Een derde punt betreft de oprichting van een kadaster van zorgverleners in België en een gegevensbank, met name het centraal traceerbaarheidsregister (CTR).

Wanneer zal de referentiegids over het autocontrolesysteem worden opgesteld? Volgens welke modaliteiten zal dit systeem functioneren, en hoe zal er over de kwaliteit worden gewaakt? Zal er in een externe controle voorzien worden? Wanneer zullen de conclusies van de werkgroep over de toegankelijkheid van de medische hulpmiddelen beschikbaar zijn? En wanneer zal het kadaster van de medische hulpmiddelen klaar zijn? Wie moet dat kadaster opmaken?

10.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Hoewel het in de handel brengen van medische hulpmiddelen op Europees niveau wordt georganiseerd, is het aan de lidstaten om toe te zien op de naleving van de regels door de actoren die op hun grondgebied zijn gevestigd.

Gelet op de verscheidenheid en op het hoge aantal producten en actoren is het onmogelijk om dezelfde inspectiemethode als in de farmaceutische industrie toe te passen.

Het fagg ontwikkelt dan ook een systeem van zelfcontrole. De betrokken actoren zullen het agentschap regelmatig informatie moeten toezenden. Die informatie wordt geanalyseerd en vergeleken, waarna het fagg gerichte inspecties kan uitvoeren op plaatsen waar er risico's zijn geïdentificeerd.

Er zullen eveneens specifieke richtlijnen uitgewerkt worden voor de verschillende types van actoren en producten. Het fagg rondt de voorbereidingsfase af. De testfase voor het nieuwe controlesysteem zal medio 2017 kunnen ingaan.

Wat betreft de werkgroep die zich over het budget en de evaluatie van de medische hulpmiddelen buigt, zal het RIZIV in de komende weken de organisatie van de werkzaamheden bepalen opdat de analyse in 2017 van start kan gaan.

sécurité des patients. Parmi les 32 points de ce pacte, figure la mise en place d'un système d'autocontrôle, entre autres pour les applications mobiles. Les acteurs seraient eux-mêmes responsables de l'exactitude, de la mise à jour et de la validation annuelle des données médicales. Un autre objectif concerne la meilleure accessibilité aux dispositifs médicaux pour le patient. Vous travaillez sur des procédures de remboursement plus transparentes et plus rapides, notamment pour les tests *in vitro*. Un groupe de travail a été mis en place au sein de l'INAMI. Enfin, un troisième point concerne l'établissement d'un cadastre des acteurs médicaux en Belgique et d'une banque de données, le Registre Central de Traçabilité (RCT).

En ce qui concerne le système d'autocontrôle, quand le guide de référence sera-t-il élaboré? Quelles seront les modalités de ce système et ses garanties de qualité? Un contrôle extérieur sera-t-il par ailleurs prévu? Concernant l'accessibilité aux dispositifs médicaux, quand les conclusions du groupe de travail sont-elles attendues? Enfin, quand le cadastre des dispositifs médicaux sera-t-il complété? Et qui sera chargé de le réaliser?

10.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Bien que la mise sur le marché de dispositifs médicaux soit organisée au niveau européen, il incombe aux États membres de veiller au respect des règles pour les acteurs établis sur leur territoire.

Vu la diversité et le nombre important de produits et d'acteurs, il n'est pas possible d'appliquer la même méthodologie d'inspection que celle de l'industrie pharmaceutique.

Dès lors, l'AFMPS développe un système d'autocontrôle. Les acteurs concernés devront lui transmettre régulièrement des informations, qui seront analysées et croisées. Ensuite, l'AFMPS pourra faire des inspections ciblées, là où des risques auront été identifiés.

L'élaboration de directives propres aux différents types d'acteurs et de produits est également prévue. L'AFMPS finalise la phase préparatoire. Une phase pilote de ce nouveau système de contrôle pourra débuter à la mi-2017.

Au sujet du groupe de travail sur le budget et l'évaluation des dispositifs médicaux, l'INAMI définira, dans les prochaines semaines, l'organisation des travaux afin que l'analyse puisse débuter en 2017.

Ik kan u momenteel niet zeggen hoe groot het budget voor de medische hulpmiddelen precies zal zijn.

We werken proactief aan het kadaster van medische hulpmiddelen. Zodra de Europese verordeningen worden bekendgemaakt – wat niet lang meer op zich zal laten wachten –, zullen we klaar zijn om het ten uitvoer te brengen.

De komende maanden voorziet het fagg in zeven voltooiingen en zeven aanpassingen met betrekking tot de consolidatie van de registers.

Voorzitter: juffrouw Yoleen Van Camp.

10.03 Daniel Senesael (PS): Ik wil u feliciteren met die maatregelen en met de kwaliteit van uw antwoorden.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidseffecten van chemicaliën in voedselverpakkingen en keukengerei" (nr. 14235)

11.01 Daniel Senesael (PS): Volgens een rapport van het Europees Parlement zou het merendeel van de 15.000 in voedselverpakkingen en keukengerei aanwezige substanties onbekend zijn.

De migratie van chemische producten uit die materialen naar voedingsproducten zou de consumenten kunnen blootstellen aan hormoonverstoorders en kunnen leiden tot onvruchtbaarheid, kanker, obesitas en een verstoorde werking van de schildklier, de hersenen en het metabolisme.

Wat is uw standpunt daaromtrent? Deelt u de conclusies van dat rapport? Welke regels gelden er in België met betrekking tot de aanwezigheid van chemische producten in voedselverpakkingen en keukengerei? Zult u nieuwe maatregelen treffen? Zo ja, welke? Zou u geneigd zijn grondig onderzoek te laten voeren naar de materialen die met voeding in contact komen en de gezondheidsimpact ervan, of vindt u dat zoiets onder de bevoegdheid van het Europees Parlement valt?

11.02 Minister Maggie De Block (Frans): De minister van Landbouw en ikzelf scharen ons achter de conclusies van het rapport van het Europees

Pour le moment, il ne m'est pas possible de vous préciser le budget qui sera consacré aux dispositifs médicaux.

Nous travaillons proactivement sur le cadastre des dispositifs médicaux, et, dès la publication des règlements européens (qui sont sur le point d'arriver), nous serons prêts à l'implémenter.

L'AFMPS prévoit sept finalisations et sept adaptations relatives à la consolidation des registres dans les prochains mois.

Présidente: Mlle Yoleen Van Camp.

10.03 Daniel Senesael (PS): Je vous félicite pour ces mesures et pour la qualité de vos réponses.

L'incident est clos.

11 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'impact sur la santé des produits chimiques contenus dans les emballages et ustensiles alimentaires" (n° 14235)

11.01 Daniel Senesael (PS): Selon un rapport du Parlement européen, la plupart des 15 000 substances présentes dans les emballages et les ustensiles de cuisine ne seraient pas connues.

Le transfert de produits chimiques contenus dans ces matériaux vers la nourriture pourrait exposer les consommateurs aux perturbateurs endocriniens et engendrer l'infertilité, le cancer, l'obésité et des perturbations des fonctions thyroïdienne, cérébrale et du métabolisme.

Quel est votre point de vue à ce sujet? Partagez-vous les conclusions de ce rapport? Quelles sont les règles en vigueur en Belgique concernant la présence de produits chimiques dans les emballages et ustensiles alimentaires? Envisagez-vous de prendre de nouvelles mesures? Si oui, de quelle nature? Seriez-vous encline à initier des recherches approfondies sur les matériaux en contact avec la nourriture et leur impact sur la santé ou, selon vous, cela relève de la compétence du Parlement européen?

11.02 Maggie De Block, ministre (en français): Le ministre de l'Agriculture et moi partageons les conclusions du rapport du Parlement européen et

Parlement en wensen dat de Commissie voortwerkt aan de harmonisering van de wetgevingen met betrekking tot materialen die bestemd zijn om met levensmiddelen in contact te komen.

Verordening nr. 1935/2004 bepaalt in dat verband dat ze geen gevaar mogen inhouden voor de consument. Voor sommige materialen bestaat een specifieke regelgeving, bijvoorbeeld verordening nr. 10/2011 voor plastic. Voor vele andere materialen bestaan er echter geen Europese normen.

Aangezien de Commissie in dat verband geen nieuwe werkzaamheden heeft opgestart, heeft ons land ervoor geopteerd actief deel te nemen aan de werkzaamheden van de Raad van Europa ter zake. De resoluties van die Raad zorgen voor een harmonisatie van de sector, maar op basis van vrijwilligheid. Ze moeten dus worden omgezet in nationaal recht. Het koninklijk besluit van 25 september 2016 betreffende vernis en deklagen die bestemd zijn om in aanraking te worden gebracht met voedingsmiddelen is daarvan een voorbeeld.

België is het enige Europese land dat de stoffen die worden gebruikt bij de fabricatie van materialen die bestemd zijn om met levensmiddelen in contact te komen, in een databank registreert. Er zijn meer dan 10.000 stoffen in opgeslagen, waarvan de toxiciteit wordt geëvalueerd met voorspellende software om de risico's zo goed mogelijk te beheren.

Onze deskundigen onderzoeken hoe die gegevens beter in de wetgeving geïntegreerd kunnen worden.

11.03 Daniel Senesael (PS): Het verheugt me dat België proactief handelt en ertoe oproept de harmonisatie op Europees niveau voort te zetten. Ik betreur evenwel dat er voor de geplande taken geen deadlines werd vastgelegd.

Ik dank u voor de inspanningen die België, dat op dat vlak een voortrekkersrol speelt, levert.

U zegt dat er al 10.000 stoffen geïnventariseerd werden. Dat is een knappe prestatie. Het is niettemin belangrijk dat die gegevens in de wetgeving geïntegreerd worden. Als sommige stoffen eventueel schadelijk zijn moeten ze immers verboden of anders gebruikt worden en men moet onderzoeken wat men met behulp van dat kadaster kan ondernemen.

Het incident is gesloten.

souhaitons que la Commission harmonise les législations sur les matériaux destinés au contact alimentaire.

Le règlement n° 1935/2004 précise que ceux-ci ne doivent pas présenter de danger pour le consommateur. Certains matériaux font l'objet d'une réglementation spécifique, comme le plastique dans le règlement n° 10/2011. Pour beaucoup d'autres, par contre, il n'y pas de normes européennes.

La Commission n'ayant pas entamé de nouveaux travaux dans ce domaine, la Belgique participe activement au travail du Conseil de l'Europe en la matière. Les résolutions de celui-ci harmonisent le secteur mais sur base volontaire. Il faut donc les transposer en droit national. L'arrêté royal du 25 septembre 2016 sur le vernis destiné au contact alimentaire en est un exemple.

La Belgique est le seul pays européen à répertorier dans une base de données les substances utilisées dans la fabrication des matériaux destinés au contact alimentaire. Elle compte plus de 10 000 substances évaluées par des logiciels prédictifs de leur toxicité pour gérer au mieux les risques.

Nos experts réfléchissent à la meilleure intégration de ces données dans la législation.

11.03 Daniel Senesael (PS): Je salue le travail proactif de la Belgique et l'incitation à poursuivre l'harmonisation sur le plan européen. Je regrette toutefois que nous n'ayons pas d'échéancier des tâches à accomplir.

Je vous remercie de l'effort de la Belgique, en pointe dans ce domaine.

Vous parlez de 10 000 substances répertoriées. On se félicite du travail accompli. Certes, il manque l'intégration essentielle de ces données dans la législation parce que, si des substances présentent une nocivité éventuelle, il faut les interdire ou les orienter différemment et il faut voir ce qui peut être entrepris au moyen de ce cadastre.

L'incident est clos.

12 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 14246)
- de heer Alain Mathot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het jaarverslag van het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 14325)
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 16129)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de activiteit van het Fonds voor de Medische Ongevallen" (nr. 16159)

12.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): In het jaarverslag van 2015 van het Fonds voor de Medische Ongevallen stond dat de evolutie van de vergoedingen nauw moet worden opgevolgd, omdat bij een sterke toename de corresponderende kosten dreigen te exploderen. Heeft de minister al een idee van de evolutie van het aantal afgesloten dossiers, het aantal uitgekeerde vergoedingen en de daaraan verbonden kosten in 2016?

Sinds de start van het fonds werden 449 adviezen verleend, waarvan 347 in 2015. Er waren 235 Nederlandstalige adviezen tegenover 112 Franstalige, bij een evenwichtig verdeeld personeelskader. Vanwaar dat verschil?

Zijn er dossiers bekend van artsen zonder een beroepsaansprakelijkheidsverzekering, waardoor men moet terugvallen op het fonds zonder terugvordering? Hoe vaak komt dit voor? Wat is de stand van zaken met betrekking tot de invulling van het personeelskader? Hoe staat het met de informaticatoepassing voor het beheer en de behandeling van de dossiers?

12.02 **Daniel Senesael** (PS): Vier jaar na de oprichting van het Fonds voor de Medische Ongevallen zijn de resultaten mager. De wet verplicht het fonds dan wel om binnen een termijn van zes maanden een advies uit te brengen, het fonds zou niettemin een achterstand van drie jaar opgelopen hebben bij de behandeling van de dossiers. Er werden amper 115 slachtofferdossiers afgerond, en niet elk slachtoffer heeft de beloofde vergoeding ontvangen. Het fonds zou 40 werknemers moeten tellen, maar dat zijn er in werkelijkheid slechts 30.

Hoe verklaart u die situatie? Hoe kan dat worden opgelost? Zijn er aanwervingen in het vooruitzicht? Wat hebt u beslist na uw ontmoeting met de

12 **Questions jointes de**

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds des Accidents Médicaux" (n° 14246)
- M. Alain Mathot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport annuel du Fonds des Accidents Médicaux" (n° 14325)
- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds des Accidents Médicaux" (n° 16129)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'activité du Fonds des Accidents Médicaux" (n° 16159)

12.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Le rapport d'activités 2015 du Fonds des Accidents Médicaux pointe la nécessité de suivre attentivement l'évolution des indemnités étant donné qu'une forte augmentation de celles-ci risque de faire exploser les coûts. La ministre a-t-elle déjà une idée de l'évolution du nombre de dossiers clôturés, du nombre d'indemnités octroyées et des coûts y afférents pour 2016?

Depuis le lancement de ce fonds, 449 avis ont été rendus, dont 347 en 2015, soit 235 en néerlandais et 112 en français, et cela malgré une répartition équilibrée du cadre du personnel. Comment expliquer cet écart?

A-t-on connaissance de cas de médecins dépourvus d'assurance en responsabilité professionnelle et dont les patients doivent se tourner vers ce fonds sans possibilité de récupération? Combien de médecins sont-ils concernés? Où en est le renforcement du cadre du personnel? Où en est la mise en œuvre de l'application informatique en matière de gestion et de traitement des dossiers?

12.02 **Daniel Senesael** (PS): Quatre ans après son lancement, le bilan du Fonds des Accidents Médicaux est mince. Alors que la loi oblige le fonds à rendre un avis dans un délai de six mois, il aurait accumulé trois ans de retard dans le traitement des dossiers. Seules 115 victimes ont vu leur dossier aboutir et toutes n'ont pas reçu l'indemnisation promise. Alors qu'il devait être doté de 40 employés, le fonds n'en compte que 30.

Comment expliquez-vous cette situation? Comment y remédier? Des engagements sont-ils prévus? Qu'avez-vous décidé à la suite de votre rencontre

directrice van het FMO?

12.03 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): De start van het Fonds voor Medische Ongevallen verliep moeizaam. Volgens de wet moet het fonds binnen zes maanden na de aanvraag een advies verlenen, wat in de praktijk zeer moeilijk is, gezien het complexe proces dat een ontvankelijk dossier moet doorlopen. Zo vergt het verkrijgen van een verslag van de externe experts veel tijd.

(*Frans*) De moeilijkheden om het personeelsbestand te versterken of bepaalde profielen aan te trekken en het hoge personeelsverloop dragen niet bij tot een snelle behandeling van de dossiers. De goedkeuring van het jaarverslag 2015 stond op de agenda in oktober 2016.

Het FMO heeft in totaal 5,4 miljoen euro aan vergoedingen uitbetaald voor 45 dossiers. Begin 2017 waren er 150 dossiers waarin de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener werd vastgesteld en daarvan beantwoordden er 67 aan de voorwaarden om als ernstig te worden beschouwd. Na een advies te hebben uitgebracht vraagt het FMO de zorgverlener om een voorstel tot vergoeding te doen. Als de zorgverlener de burgerlijke aansprakelijkheid betwist of weigert een vergoeding te betalen, kan het FMO een begin maken met het berekenen van de vergoeding en de uitbetaling ervan. Dat is ook een oorzaak van de vertraging.

Voor de 24 dossiers die betrekking hebben op een medisch ongeval zonder burgerlijke aansprakelijkheid waarvan de schade voldoet aan de voorwaarden inzake ernst, worden de bewijsstukken onmiddellijk verzameld om zo snel mogelijk een voorstel te kunnen doen. Zodra er een consensus is bereikt, gaat het FMO over tot de betaling van het overeengekomen bedrag. De berekening van de vergoeding is een tijdrovend en omslachtig proces. Als dat te lang duurt, stort het FMO soms een voorschot.

(*Nederlands*) Begin januari waren er 595 Nederlandstalige en 285 Franstalige adviezen. Dat verschil zou vooral te wijten zijn aan het feit dat het moeilijker is om Franstalige kandidaten te vinden voor de nodige expertises, die dan ook nog eens meer tijd in beslag nemen. Bovendien blijkt het Franstalig medisch kader veel minder stabiel en lopen er nog steeds aanwervingen.

Er is overigens maar één dossier waarin een arts

avec la directrice du FAM?

12.03 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Le Fonds des Accidents Médicaux a connu des débuts difficiles. La loi prévoit que le fonds rend un avis dans les six mois de la demande, ce qui est extrêmement difficile dans la pratique, en raison de la complexité de la procédure que doit suivre un dossier recevable. Ainsi, il faut attendre longtemps avant d'obtenir un rapport des experts externes.

(*En français*) Les difficultés à renforcer le cadre ou à recruter certains profils et le rythme de rotations élevé n'aident pas à traiter les dossiers rapidement. L'approbation du rapport annuel de 2015 était à l'ordre du jour en octobre 2016.

Le FAM a versé 5,4 millions d'euros d'indemnisation pour 45 dossiers. Début 2017, il en est à 150 dossiers dont 67 avec responsabilité civile répondant au critère de gravité. Après avoir émis un avis, le fonds demande au prestataire de soins de formuler une proposition d'indemnisation. Si celui-ci conteste la responsabilité civile ou refuse d'indemniser, le FAM peut commencer à calculer une indemnisation et la verser. Cela explique également des retards.

Pour les 24 dossiers sans responsabilité civile répondant au critère de gravité, les pièces justificatives sont rassemblées immédiatement pour formuler au plus vite une proposition. Une fois un consensus atteint, le FAM procède au versement de la somme convenue. Le calcul de l'indemnisation est long et fastidieux. Si l'attente est trop longue, il arrive au FAM de verser un acompte.

(*En néerlandais*) Début janvier, on comptabilisait 595 avis néerlandophones et 285 avis francophones. Cet écart serait dû principalement aux plus grandes difficultés éprouvées pour trouver des candidats francophones pour procéder aux expertises requises, qui à leur tour prennent beaucoup plus de temps. Il semble en outre que le cadre médical soit sensiblement plus instable du côté francophone où des recrutements sont toujours en cours.

Il n'y a du reste qu'un seul dossier dans lequel un

slechts gedeeltelijk verzekerd was.

De elektronische toepassing werd op 12 september 2016 gedeeltelijk in productie genomen, met 363 dossiers door de *key users*. Ondertussen wordt gewerkt aan de verdere verfijning van de toepassing, alsook aan de opleiding en coaching van de gebruikers. Het volledig in productie nemen is gepland voor eind maart.

Het personeelskader wordt vervolledigd. Op het kader van 40 zijn 34,5 betrekkingen ingevuld. Drie nieuwe dossierbeheerders werden aangeworven en de selectiegesprekken voor twee Franstalige artsen lopen.

(Frans) Medio 2016 heeft de beleidscel een onderhoud gehad met de directeur van het FMO, de administrateur-generaal van het RIZIV, de voorzitter en de ondervoorzitter van het beheerscomité van het FMO. We onderzoeken de voorgestelde pistes om de procedures te verkorten en te vereenvoudigen.

(Nederlands) Steeds maar moeten werken om een achterstand in te halen geeft ook niet veel professionele voldoening. We zullen het kader wel ingevuld krijgen, als we tenminste uitvallers kunnen vermijden.

Vooraf aan Franstalige kant is het moeilijk om experts te vinden. We onderzoeken nu de meest voorkomende soort van klachten en hoe we in sommige gevallen via een kortere procedure tot een schikking kunnen komen. We doen er alles aan om de moeizame start van dit fonds te verteren.

12.04 Valerie Van Peel (N-VA): Op zich is het een mooi initiatief, daarom is het zonde dat we blijven aanmodderen op bepaalde vlakken, hoeveel begrip ik ook kan opbrengen voor sommige van de uitdagingen. Hopelijk krijgen we de zaken nu sneller onder controle.

Voor de beroepsaansprakelijkheidsverzekering heb ik een wetsvoorstel ingediend, ook al is het risico voorlopig nog zeer beperkt.

12.05 Daniel Senesael (PS): Ik neem nota van uw streven om vooruitgang te boeken en de achterstand weg te werken. Het fonds heeft nood aan een duidelijk richtsnoer en een methode om de termijnen in te korten.

médecin n'était que partiellement assuré.

L'application électronique a été mise partiellement en production le 12 septembre 2016, avec 363 dossiers saisis par les *key users*. Le travail se poursuit entre-temps pour affiner l'application et la formation et le coaching des utilisateurs sont également organisés. La mise en production complète de l'application est prévue pour la fin mars.

Les effectifs sont en voie de complétude. Sur les 40 emplois que compte le cadre, 34,5 ont été pourvus. Trois nouveaux gestionnaires de dossier ont été recrutés et les entretiens de sélection de deux médecins francophones sont en cours.

(En français) Mi-2016, la cellule stratégique s'est entretenue avec la directrice du FAM, l'administrateur général de l'INAMI, le président et le vice-président du comité de gestion du FAM. Nous analysons les pistes proposées pour raccourcir et simplifier les procédures.

(En néerlandais) Devoir sans cesse travailler pour résorber le retard ne donne guère de satisfaction professionnelle. Nous parviendrons à avoir un cadre complet si nous évitons les départs de collaborateurs.

Il est difficile de trouver des experts, notamment du côté francophone. Nous étudions actuellement les plaintes les plus fréquentes ainsi que la question de savoir comment arriver dans certains cas à un accord à l'amiable par le biais d'une procédure plus courte. Nous mettons tout en œuvre pour digérer la mise en route laborieuse de ce fonds.

12.04 Valerie Van Peel (N-VA): En soi, il s'agit d'une initiative louable, c'est pourquoi il est regrettable que nous continuions à patauger sur certains plans. Je puis comprendre que certains problèmes sont des défis. J'espère que nous parviendrons à présent à faire revenir plus rapidement la situation à la normale.

En ce qui concerne l'assurance responsabilité professionnelle, j'ai déposé une proposition de loi même si le risque est pour l'instant encore assez limité.

12.05 Daniel Senesael (PS): Je prends acte de votre une volonté d'avancer et de rattraper le retard. Le fonds a besoin d'une ligne directrice claire et d'une méthode permettant de raccourcir les délais.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 **Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de maximumfactuur" (nr. 14267)**

13 **Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le maximum à facturer" (n° 14267)**

13.01 **Valerie Van Peel (N-VA):** De maximumfactuur moet bescherming bieden tegen hoogoplopende medische kosten. Op zich is dat een goede zaak, maar te soepel is ook niet goed. Conform het regeerakkoord zullen de nodige maatregelen worden genomen om te voorkomen dat persoonlijke aandelen die reeds werden terugbetaald door een derde verzekeraar, andermaal worden opgenomen in de tellers van de maximumfactuur. Ook heb ik weet van iemand die remgeld dubbel terugbetaald krijgt: door het ziekenfonds en door zijn hospitalisatieverzekering. Hij kan dat niet laten rechtzetten.

13.01 **Valerie Van Peel (N-VA):** L'objectif du maximum à facturer est d'offrir une protection contre des frais médicaux très élevés. L'idée en soi est bonne mais gardons-nous de faire preuve d'une trop grande souplesse. L'accord de gouvernement prévoit que les mesures nécessaires seront prises pour éviter que les quotes-parts personnelles déjà prises en charge par un tiers-assureur soient comptabilisées une seconde fois dans le maximum à facturer. J'ai aussi eu vent d'une personne dont le ticket modérateur a été remboursé à la fois par la mutuelle et par son assurance hospitalisation. Il ne lui est pas possible de faire rectifier la situation.

Hoe ver staat het met de uitvoering van de bepaling uit het regeerakkoord? Komt de dubbele terugbetaling vaak voor? Hoe kan dit worden vermeden?

Où en est la mise en œuvre de la disposition de l'accord de gouvernement? Ces cas de doubles remboursements sont-ils fréquents? Comment faire pour les éviter?

13.02 **Minister Maggie De Block (Nederlands):** Om te vermijden dat persoonlijke aandelen die reeds werden vergoed door een derde verzekeraar, ook nog worden opgenomen in de tellers van de maximumfactuur is een gegevensuitwisseling nodig tussen verzekeraars en ziekenfondsen. Het is nog onduidelijk of deze maatregel praktisch haalbaar is.

13.02 **Maggie De Block, ministre (en néerlandais):** Pour éviter que les quotes-parts personnelles soient à la fois remboursées par le tiers-assureur et comptabilisées dans le maximum à facturer, il faut un échange d'informations entre assureurs et mutualités. Le moyen d'y parvenir n'est pas encore très clair.

Er is in 2007 een systeem ingesteld om te vermijden dat dezelfde kosten zowel via de maximumfactuur als via de hospitalisatieverzekering worden terugbetaald. Waarschijnlijk glipt er hier of daar iemand tussen de mazen van het net, wanneer informatie te laat werd doorgegeven.

En 2017, un système avait été mis en place pour éviter que des frais soient à la fois comptabilisés dans le maximum à facturer et remboursés par l'assurance hospitalisation. Il est probable que certains cas passent au travers des mailles du filet lorsque l'information est communiquée trop tardivement.

In het pact met de private verzekeringsinstellingen is in meer informatie-uitwisseling tussen de administraties en de ziekenfondsen voorzien, maar wij moeten daar voorzichtig zijn met de privacy en het geheim van bepaalde medische patiëntengegevens. Dat wordt verder uitgeklaard, maar het is geen simpele kwestie. Daar zijn derde partners bij, die niet zo direct toegang tot alle gegevens mogen hebben.

Le pacte qui a été conclu avec les organismes assureurs privés prévoit un échange d'informations plus intense entre les administrations et les mutualités mais il convient d'être prudent en ce qui concerne le respect de la vie privée et la confidentialité de certaines données médicales des patients. Ce point sera davantage clarifié mais la question est complexe. Des partenaires tiers sont concernés et ceux-ci ne peuvent pas accéder directement à toutes les données.

13.03 **Valerie Van Peel (N-VA):** De problematiek is inderdaad complex, maar het is toch jammer dat we zelfs geen zicht hebben op het bedrag. Zolang wij die gegevens niet kunnen kruisen, weten wij ook niet over hoeveel middelen het gaat.

13.03 **Valerie Van Peel (N-VA):** Cette question est effectivement complexe mais il est tout de même regrettable que nous n'ayons aucune idée du montant en question. Tant qu'il sera impossible de croiser les données, nous ignorons aussi de quels moyens il s'agit.

Het incident is gesloten.

14 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijk reeds door de feiten ingehaalde hervorming van de ziekenhuisfinanciering" (nr. 14294)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de netwerkvorming in de ziekenhuizen" (nr. 15979)

14.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): De ziekenhuizen herorganiseren zich op aangeven van de minister in netwerken. Dat kan in drie getrapte vormen: het gecoördineerde netwerk, het geïntegreerde zorgsysteem en het autonoom samenwerkingsinitiatief.

Het KCE beveelt aan dat de ziekenhuissector voldoende flexibiliteit moet hebben om zelf voor de meest geschikte samenwerkingsvorm te kiezen en tegelijk voor de best mogelijke bestuursstructuur. Blijkbaar menen sommige ziekenhuizen dat ze maar tot één netwerk kunnen behoren. Ik had dat anders begrepen uit een uiteenzetting van de minister.

Kunnen ziekenhuizen tot meer dan één netwerk behoren? Zo ja, is er dan een verschil tussen basisziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen? Steunt de minister de aanbevelingen van het KCE? Hoe ver staat de verankering van de drie nieuwe samenwerkingsmodellen?

14.02 **Minister Maggie De Block** (*Nederlands*): In de commissie hebben we al uitvoerig gedebatteerd over de hervorming van de ziekenhuizen. Dat debat gaat door en de komende maanden zullen we de eerste aanpassingen in de wetgeving bespreken. Het gaat onder meer over de structuur en het governancemodel voor netwerken tussen ziekenhuizen. Binnen de regering is er een consensus dat die werf sneller moet vorderen. Ook de sector, die zich immers wil kunnen voorbereiden, vraagt dat.

De KCE-studie focust op één aspect van de klinische ziekenhuisnetwerken, namelijk de *governance*. Parallel daaraan wordt ook de architectuur van het netwerk uitgewerkt. De flexibiliteit die het KCE vooropstelt, situeert zich op het vlak van bestuurs- en beheersstructuren en niet noodzakelijk op de architectuur van het netwerk.

L'incident est clos.

14 **Questions jointes de**

- M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme du financement des hôpitaux probablement dépassée par les faits" (n° 14294)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation de réseaux dans les hôpitaux" (n° 15979)

14.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Sur décision de la ministre, les hôpitaux se réorganisent en réseaux. Cette réorganisation peut adopter trois formes en cascade: le réseau coordonné, le système de soins intégré et l'initiative de collaboration autonome.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) recommande que le secteur hospitalier puisse disposer de suffisamment de flexibilité pour choisir lui-même la forme de collaboration la plus adaptée, ainsi que le meilleur modèle de gouvernance. Manifestement, certains hôpitaux estiment qu'ils ne peuvent appartenir qu'à un seul réseau. Ce n'est pas la conclusion que j'avais tirée de l'exposé de la ministre à ce sujet.

Les hôpitaux peuvent-ils appartenir à plusieurs réseaux? Dans l'affirmative, existe-t-il une différence entre les hôpitaux de base et les hôpitaux universitaires? La ministre soutient-elle les recommandations du KCE? Quel est l'état d'avancement de l'ancrage des trois nouveaux modèles de collaboration?

14.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Nous avons déjà débattu longuement en commission de la réforme des hôpitaux. Nous poursuivons notre réflexion et, dans les prochains mois, nous aborderons la question des premières modifications législatives. Il s'agit notamment de la structure et du modèle de gouvernance des réseaux interhospitaliers. Le gouvernement estime à l'unanimité qu'il faut accélérer la réalisation de ce chantier. Le secteur, qui voudrait pouvoir se préparer, partage cet avis.

L'étude du KCE se concentre sur un aspect des réseaux hospitaliers, à savoir la gouvernance. L'élaboration de l'architecture du réseau se poursuit parallèlement. La flexibilité postulée par le KCE se situe à l'échelon des structures administratives et de gestion et ne vise pas nécessairement l'architecture du réseau.

Ziekenhuizen mogen zelf geografische en compacte netwerken vormen en we zullen erop toezien dat geen enkel ziekenhuis alleen blijft staan. Het doel is dat elk ziekenhuis tot één locoregionaal netwerk behoort. Elk locoregionaal netwerk zal een supraregionale opdracht naar één ziekenhuis doorsturen. Voor sommige aandoeningen zal er in heel het land slechts één centrum zijn, voor andere meerdere.

Er wordt een minimumkader opgelegd, waarbinnen de ziekenhuizen hun samenwerking zelf vorm mogen geven. De ziekenhuizen zelf zullen heel wat werk moeten leveren.

In de locoregionale netwerken moet alle zorg voorhanden zijn. Voor de supraregionale opdrachten zullen veel minder zones nodig zijn. Voor sommige heel zeldzame aandoeningen zal er maar één punt zijn dat alle ziekenhuizen verbindt.

14.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Er wordt bottom-up uitgezocht in wel netwerk elk ziekenhuis het beste werkt. Het is vooral belangrijk dat elk ziekenhuis tot één netwerk behoort. Door de supraregionale opdrachten zullen die grote, hypergespecialiseerde ziekenhuizen wel verschillende leden in hun netwerk hebben.

Het incident is gesloten.

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stopzetting, onder druk van pharma.be, van de KCE-studie over de overeenkomsten die het RIZIV kan sluiten met de farmaceutische industrie (artikel 81)" (nr. 14293)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kosten en de impact op de volksgezondheid van geheime contracten" (nr. 14370)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging van gezondheidsgegevens op verzoek van pharma.be" (nr. 14386)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de KCE-studie over de terugbetalingsregeling voor bepaalde geneesmiddelen (conventie art. 81)" (nr. 14533)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sabotage door pharma.be van het onderzoek naar de geheime contracten tussen de farmasector en de overheid" (nr. 14793)

Les hôpitaux peuvent constituer eux-mêmes des réseaux géographiques et compacts et nous veillerons à ce qu'aucun hôpital ne reste isolé. Le but est d'inclure chaque établissement dans un réseau local et régional. Chaque réseau local et régional transmettra une mission suprarégionale à un seul hôpital. Pour certaines affections, le pays ne disposera que d'un centre, pour d'autres, ils seront plusieurs.

Un cadre minimum est imposé, à l'intérieur duquel les hôpitaux peuvent organiser leur coopération. Ils devront fournir un travail considérable.

Tous les soins doivent être proposés dans les réseaux locaux et régionaux. Pour les missions suprarégionales, le nombre de zones nécessaires sera nettement moins élevé. Pour certaines affections extrêmement rares, un seul point assurera la liaison entre tous les hôpitaux.

14.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): L'approche *bottom-up* (du bas vers le haut) s'efforce de déterminer le réseau dans lequel chaque hôpital sera le plus efficace. Il importe avant tout que chaque hôpital fasse partie d'un seul réseau. Compte tenu des missions suprarégionales, les grands hôpitaux hyperspécialisés réuniront plusieurs membres dans leur réseau.

L'incident est clos.

15 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'abandon sous la pression de pharma.be de l'étude du KCE sur les conventions que l'INAMI peut conclure avec l'industrie pharmaceutique (article 81)" (n° 14293)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût et l'impact des contrats secrets sur la santé publique" (n° 14370)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la destruction de données de santé demandée par pharma.be" (n° 14386)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du KCE sur le système de remboursement de certains médicaments (convention art. 81)" (n° 14533)
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sabotage par pharma.be de l'enquête relative aux contrats secrets entre le secteur pharmaceutique et les autorités" (n° 14793)

15.01 Daniel Senesael (PS): In het kader van een studie van het Federaal Kenniscentrum (KCE) over de terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen worden tientallen contracten die tussen het RIZIV en farmaceutische bedrijven gesloten werden en naast openbare gegevens ook vertrouwelijke bijlagen bevatten, tegen het licht gehouden.

Pharma.be, de koepelorganisatie van de farmaceutische industrie in België, zou geëist hebben dat de vertrouwelijke gegevens vernietigd worden, waardoor de onderzoekers van het KCE hun werk niet zouden kunnen voortzetten.

Vijf jaar na de invoering ervan moet het systeem voor de terugbetaling van de geneesmiddelen, dat het voorwerp van de studie uitmaakt (artikel 81-overeenkomst), geëvalueerd worden. Wat denkt u van de eis van pharma.be? Is er geen alternatief? Als het KCE de studie zou afbreken, zal u dan een nieuw onderzoek op het getouw zetten?

15.02 Raoul Hedebouw (PTB-GO!) (Nederlands): Volgens de media heeft de belangenorganisatie Pharma.be een onderzoek gesaboteerd naar geheime contracten tussen de farmaceutische sector en de overheid. Volgens Test-Aankoop kreeg ze daarbij de 'hulp' van minister De Block. Het betreft een onderzoek van het KCE naar de voor- en nadelen van de artikel 81-procedure. De overheid maakt via die procedure afspraken met fabrikanten over een tijdelijke terugbetaling van medicijnen onder voorwaarden, omdat de terugbetaling in eerste instantie werd afgekeurd. In ruil voor de terugbetaling vraagt de overheid dan kortingen en extra onderzoek. De details van die afspraken staan in geheime bijlagen, die het KCE niet mocht inkijken.

Wat is het standpunt van de minister over die geheime afspraken? Hoe reageert ze op het vermoeden van Test-Aankoop dat vooral de farmaceutische sector veel geld overhoudt aan deze overeenkomsten? Welke rol heeft ze gespeeld in deze dossiers? Is het niet haar rol om de openbaarheid van bestuur te bevorderen? Hoe kan er een open debat gevoerd worden als het KCE geen toegang krijgt tot de documenten?

15.03 Catherine Fonck (cdH): De pers berichtte over dat verzoek om vernietiging van gezondheidsgegevens. Heeft het KCE u daarover gecontact? Werd dat voor nog andere studies gevraagd? Verkeren er nog andere vorsers in

15.01 Daniel Senesael (PS): Une étude du Centre fédéral d'expertise (KCE) relative au remboursement de certains médicaments s'intéresse à plusieurs dizaines de contrats signés entre l'INAMI et des firmes pharmaceutiques, lesquels contiennent des données publiques mais également des annexes confidentielles.

Pharma.be, l'organisation coupole de l'industrie pharmaceutique en Belgique, aurait réclamé la destruction des données confidentielles, empêchant les chercheurs du KCE de poursuivre leur travail.

Après cinq ans de mise en œuvre, il faut évaluer le système de remboursement des médicaments ciblé par l'étude (convention article 81). Quel est votre point de vue sur la demande de pharma.be? N'existe-t-il pas une alternative? Si le KCE venait à abandonner l'étude, envisageriez-vous d'en initier une nouvelle?

15.02 Raoul Hedebouw (PTB-GO!) (en néerlandais): Selon les médias, le groupement d'intérêts pharma.be aurait saboté une enquête relative à des contrats secrets entre le secteur pharmaceutique et les autorités. D'après Test-Achats, la ministre De Block aurait fourni son aide à cet effet. Le sabotage en question concerne une enquête du KCE sur les avantages et les inconvénients de la procédure article 81. Les autorités ont recours à cette procédure pour conclure des accords avec les fabricants en vue de permettre le remboursement temporaire et sous conditions de certains médicaments, dont le remboursement n'a initialement pas été approuvé. En échange de ce remboursement, les autorités demandent des réductions et réclament que des recherches supplémentaires soient menées. Les détails de ces accords figurent dans des annexes tenues secrètes, que le KCE n'a pas pu consulter.

Quelle est la position de la ministre à l'égard de ces contrats secrets? Comment réagit-elle face aux soupçons émis par Test-Achats, selon lesquels ces accords rapportent énormément d'argent au secteur pharmaceutique, en particulier? Quel rôle a-t-elle joué dans ce dossier? N'est-ce pas son devoir de favoriser la publicité de l'administration? Comment un débat ouvert peut-il être mené si le KCE n'a pas accès à ces documents?

15.03 Catherine Fonck (cdH): Cette demande de destruction de données de santé a été relatée dans la presse. Le KCE a-t-il pris contact avec vous à ce sujet? D'autres études sont-elles concernées? Y a-t-il d'autres chercheurs confrontés à cette même

dezelfde situatie?

De wet van 22 juni 2016 dreigt studies te belemmeren die al meerdere maanden lopen en waarvoor er soms heel wat middelen werden uitgetrokken.

Hoe zult u ingrijpen? Zult u dat verzoek om vernietiging van gegevens afwijzen?

15.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): De vorsers van het KCE zeggen dat, als ze die informatie moeten anonimiseren en neutraliseren, het niet langer de moeite waard is om hun werkzaamheden te publiceren.

De eisen van pharma.be zijn mijns inziens gestoeld op de wet die in juni vorig jaar werd goedgekeurd en de confidentialiteit versterkt.

U bent vertegenwoordigd in de raad van bestuur van het KCE. Hebt u daar een vetorecht? Onderschrijft u de eis van pharma.be om de bekendmaking van de resultaten te verbieden? Of zult u de publicatie van die studie steunen?

Als de studies worden uitgevoerd door andere actoren dan de farmaceutische sector, zorgt de publicatie van de resultaten steeds voor problemen.

15.05 Minister Maggie De Block (*Frans*): De artikel 81-overeenkomsten voorzien in een voorlopige terugbetaling van geneesmiddelen waarvoor het nog niet voldoende wetenschappelijk bewezen is dat ze in aanmerking komen voor een definitieve terugbetaling. Het bedrijf verbindt er zich aldus toe de risico's te delen.

Dankzij dat systeem krijgen de patiënten toegang tot dure en innovatieve geneesmiddelen en kan de overheid een deel van de uitgaven recupereren. De onderhandelingen over de prijs zijn vertrouwelijk om het bedrijf de mogelijkheid te bieden striktere verbintenissen aan te gaan. De vertrouwelijke gegevens worden in de bijlage opgenomen. Het alternatief is geen terugbetaling en geen toegang tot innovatieve geneesmiddelen voor de patiënten of een terugbetaling tegen de officiële en werkelijke prijs, die veel hoger ligt.

Mevrouw Onkelinx heeft, toen ze minister van Volksgezondheid was, in de mogelijkheid om een overeenkomst te sluiten voorzien.

(*Nederlands*) In het merendeel van de Europese landen worden dergelijke overeenkomsten afgesloten met het oog op de beheersbaarheid van de gezondheidszorg. De wettelijke basis die de

situation?

La loi du 22 juin 2016 risque de freiner des études entamées depuis plusieurs mois et qui ont parfois nécessité des moyens importants.

Comment comptez-vous intervenir? Allez-vous refuser cette demande de détruire les données?

15.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Les chercheurs du KCE expliquent que s'ils doivent anonymiser, neutraliser ces informations, cela ne vaut plus la peine de publier leurs travaux.

Il me semble que les exigences de pharma.be s'appuient sur la loi adoptée en juin dernier, qui renforce la confidentialité.

Vous êtes représentée dans le conseil d'administration du KCE. Y avez-vous un droit de veto? Soutenez-vous l'exigence de pharma.be d'interdire la publication des résultats? Favoriserez-vous la publication de cette étude?

Quand les études sont faites par d'autres intervenants que le secteur pharmaceutique, la publication des résultats pose toujours problème.

15.05 Maggie De Block, ministre (*en français*): Les conventions article 81 ont pour but de prévoir un remboursement provisoire pour les médicaments pour lesquels il n'y a pas encore suffisamment de preuves scientifiques pour un remboursement définitif. La firme s'engage ainsi à partager les risques.

Ce système garantit l'accessibilité de médicaments onéreux et innovants et permet aux autorités de récupérer une partie des dépenses. Les négociations concernant le prix sont confidentielles, pour permettre à la firme de conclure des engagements plus stricts. Les données confidentielles sont rassemblées dans l'annexe. L'alternative serait de n'avoir aucun remboursement et aucun accès à des médicaments innovants pour le patient ou un remboursement au prix officiel et facial, beaucoup plus élevé.

La possibilité de conclure une convention avait été réglée par Mme Onkelinx lorsqu'elle était ministre de la Santé publique.

(*En néerlandais*) Des conventions similaires sont conclues dans la plupart des pays européens dans un souci de contrôlabilité des soins de santé. La base juridique qui garantit la confidentialité des

confidentialiteit van de bijlagen garandeert, bevestigt een sedert jaren gangbare praktijk. Voordien hadden het RIZIV en de farmabedrijven een soort herenakkoord tot vertrouwelijkheid. Dat herenakkoord is vervolgens wet geworden.

Enkel de bijlagen van de overeenkomsten zijn confidentieel. Dat maakt een studie niet onmogelijk. Het KCE kan op alle onderzoeksvragen een antwoord formuleren op basis van de informatie uit het openbare deel van de overeenkomsten.

Zonder die confidentialiteit zouden wij als enig land geen toegang hebben tot innovatieve geneesmiddelen die dodelijke ziektes kunnen genezen. Het doel heiligt hier de middelen. De patiënten moeten de juiste medicatie krijgen. Als de rest van Europa dat doet, doen wij dat ook.

15.06 Daniel Senesael (PS): We zijn het erover eens dat het belang van de patiënt primeert. De Kruispuntbank is betrokken bij de terbeschikkingstelling van sommige gegevens. U bevestigt dat de confidenciële bijlagen een gangbare praktijk zijn, dat ze hun confidenciële karakter kunnen behouden of deel kunnen uitmaken van de studie. U heeft het niet over de stopzetting van de studie van het KCE, waarvan we de resultaten dus afwachten.

15.07 Raoul Hedebouw (PTB-GO!): Ik ben niet gerustgesteld. U zegt dat we niet anders kunnen dan hen vertrouwen, en dat u geen transparantie zult eisen omdat niemand in Europa dat doet. Integendeel, een onafhankelijke publieke instantie moet toegang hebben tot die gegevens om de gevaren en de voordelen van zulke studies te kunnen inschatten. U die dat publieke belang op het stuk van transparantie zou moeten vertegenwoordigen, u geeft toe dat u er vooral mee begaan bent dat het geneesmiddel op de markt komt. Ik zou de publieke instellingen liever versterkt zien.

15.08 Catherine Fonck (cdH): De confidentialiteit van gegevens met betrekking tot dit of dat geneesmiddel in het kader van artikel 81 is belangrijk. Maar dat is iets anders dan de toegang weigeren tot transversale, samengevoegde gegevens. Als men over zulke gegevens zou beschikken, zou dat het einde betekenen van de individuele onderhandelingen die elk land met de farmaceutische bedrijven voert en die voor de patiënt een verlies betekenen.

Uw bewering dat de samengevoegde gegevens vertrouwelijk moeten blijven om de gevolgen te

annexes confirme une pratique établie depuis de nombreuses années. Auparavant, l'INAMI et les firmes pharmaceutiques concluaient en matière de confidentialité une sorte de *modus vivendi* officieux qui, par la suite, a acquis force de loi.

Seules les annexes des conventions étant confidentielles, réaliser une étude n'est pas impossible. Le KCE peut répondre à toutes les questions de recherche sur la base des informations contenues dans la partie publique des conventions.

Sans cette confidentialité, nous serions le seul pays à ne pas avoir accès à des médicaments novateurs capables de guérir des maladies mortelles. Dans le cas présent, la fin justifie les moyens. Les patients doivent recevoir le bon traitement. Si le reste de l'Europe agit de la sorte, nous en ferons autant.

15.06 Daniel Senesael (PS): Nous nous accordons sur la priorité de l'intérêt du patient. La Banque-Carrefour est partie prenante dans la mise à disposition de certaines données. Vous confirmez que les annexes confidentielles constituent une pratique usuelle, qu'elles peuvent garder leur caractère confidentiel ou faire partie de l'étude. Vous ne parlez pas de l'arrêt de l'étude du KCE: nous en attendons donc les résultats.

15.07 Raoul Hedebouw (PTB-GO!): Je ne suis pas rassuré. Vous expliquez que nous sommes obligés de leur faire confiance, que vous n'allez pas demander la transparence, car personne en Europe ne la demande. Au contraire, une structure publique indépendante doit avoir accès à ces données pour pouvoir juger des dangers, des avantages de tel type d'études. Vous qui devriez représenter cet intérêt public en matière de transparence, vous reconnaissez que ce qui vous intéresse surtout, c'est que le médicament arrive sur le marché. Je préférerais que les institutions publiques soient renforcées.

15.08 Catherine Fonck (cdH): La confidentialité de données concernant tel ou tel médicament, dans le cadre de l'article 81, est importante. Mais c'est autre chose de refuser l'accès à des données agrégées transversales. Disposer de telles données mettrait fin aux négociations individuelles que chaque pays mène avec les firmes pharmaceutiques et qui se traduisent par une perte pour les patients.

Prétendre maintenir la confidentialité sur les données agrégées pour pouvoir étudier les

kunnen bestuderen en de mogelijke meerwaarde van de geneesmiddelen voor de patiënt en de Staat te kunnen bepalen, dat is een aspect waarover we ons toch nog eens zullen moeten buigen.

15.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Ik had datzelfde ongemakkelijke gevoel toen ik merkte dat de onderzoekers van het KCE van mening waren dat hun studie geen enkele waarde meer had als de behandelde geanonimiseerde gegevens niet mochten worden gepubliceerd. Ik vond het stuitend dat het KCE als gevolg van die vertrouwelijkheidsclausule geen studies meer zou kunnen uitvoeren in verband met de geneesmiddelen.

Voorts strekte de studie ertoe na te gaan of het mechanisme van de artikel 81-overeenkomsten, en bijgevolg het verband tussen de prijzen en de terugbetalingsmodaliteiten, doeltreffend is. Die studie heeft dus noodzakelijkerwijs betrekking op de inhoud van de bijlagen.

Men heeft de deur opengezet voor inmenging van de farmasector in de mogelijkheid om de mechanismen van de terugbetaling en van de selectie van de geneesmiddelen die voor terugbetaling in aanmerking komen, te bestuderen. De gevolgen zullen zich niet beperken tot de studie in kwestie.

Als elk land de door de farmabedrijven gestelde voorwaarden aanvaardt, is er geen sprake meer van onderhandelingen, maar van onderwerping aan een absolute macht.

15.10 Minister Maggie De Block (*Frans*): Ik herhaal dat het KCE zijn werk kan blijven doen en een antwoord zal kunnen formuleren op alle onderzoeksvragen. De vertrouwelijkheid heeft betrekking op de prijzen. De onderzoeksvragen hebben geen betrekking op de prijzen, maar op de doeltreffendheid van het geneesmiddel en het voordeel dat de patiënt erbij heeft om sneller toegang te krijgen tot innovatieve geneesmiddelen.

15.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Het ging over het nut van de artikel 81-overeenkomsten. Er is dus een verband met de prijs.

15.12 Minister Maggie De Block (*Frans*): Helemaal niet! Het gaat over het belang van de patiënt: voor hem is het belangrijk te weten dat een geneesmiddel hem kan genezen, niet welke prijs de regering ervoor betaalt.

De bedongen prijs zal niet hoger zijn dan de werkelijke prijs, integendeel! Dat is het doel van de

conséquences et la plus-value qu'elles peuvent apporter pour le patient et pour l'État, c'est un élément qu'il faudra réexaminer.

15.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): J'ai ressenti le même malaise quand je me suis aperçue que les chercheurs du KCE considéraient que leur étude n'avait plus aucune valeur à partir du moment où on ne permettait pas la publication de données anonymisées traitées. J'étais heurtée par le fait qu'à cause de cette clause de confidentialité, le KCE ne puisse plus faire d'études sur les médicaments.

En outre, l'étude cherchait à déterminer si le mécanisme des conventions article 81, et donc le lien avec les prix et les modalités de remboursement, atteignait ses objectifs. L'objet de cette étude est forcément le contenu des annexes.

On a ouvert la porte à une ingérence de l'acteur pharmaceutique dans la capacité d'étudier les mécanismes de remboursement et de prise en compte de médicaments. Les conséquences dépasseront cette étude-ci.

Si chaque pays accepte les conditions posées par les firmes pharmaceutiques, ce n'est plus de la négociation, c'est la soumission à un pouvoir absolu.

15.10 Maggie De Block, ministre (*en français*): Je répète que le KCE peut continuer à faire son travail et à répondre à toutes les questions. La confidentialité porte sur les prix. Les questions, elles, ne concernent pas les prix mais l'efficacité du médicament et l'avantage pour le patient d'avoir plus vite accès aux médicaments innovants.

15.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Il s'agissait de l'utilité des conventions article 81. Il y a donc un lien avec le prix.

15.12 Maggie De Block, ministre (*en français*): Pas du tout! Il s'agit de l'intérêt pour le patient: pour lui, l'important, c'est de savoir qu'un médicament peut le guérir, pas de savoir quel prix le gouvernement paie pour ce médicament.

Le prix négocié ne sera pas plus élevé que le prix facial, au contraire! C'est le but des négociations.

onderhandelingen.

15.13 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): De informatie die ik krijg, is niet zo optimistisch.

15.13 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Les informations qui me parviennent ne sont pas si optimistes.

15.14 Minister Maggie De Block (*Frans*): Dat betekent dat u kennis draagt van confidentiële informatie!

15.14 Maggie De Block, ministre (*en français*): C'est donc que vous avez connaissance du volet confidentiel!

15.15 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Neen. Studies over de productie- en octrooikosten tonen aan dat de farmaceutische bedrijven veel te hoge beginprijzen hanteren. Zelfs verlaagd zijn ze nog te hoog. Zonder toegang tot de evaluatie van het mechanisme valt dat echter niet te bewijzen, laat staan dat er iets aan te doen valt.

15.15 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Non. Des études relatives au coût de fabrication et de brevet montrent que les firmes pharmaceutiques affichent des prix initiaux beaucoup trop élevés. Même diminués, ils restent trop élevés. Sans accès à l'évaluation du mécanisme, on ne peut pas prouver cela ni changer la donne.

Ik ben het met u eens dat er inspanningen moeten worden geleverd om de patiënt toegang te verstrekken tot nieuwe geneesmiddelen. Beweren dat de patiënt niet in de buidel zal moeten tasten, houdt echter geen steek: u legt begrotingsbeperkingen op omdat de gezondheidszorgbegroting explodeert, onder meer door de globale prijs van de geneesmiddelen. Andere geneesmiddelen of verstrekkingen worden dan weer niet langer terugbetaald om de begroting in evenwicht te houden.

Je vous rejoins sur l'effort à consentir pour que les patients aient accès à de nouveaux médicaments, mais ne dites pas que le patient ne va pas payer: vous imposez des restrictions budgétaires parce que le budget de la Santé explose, notamment en raison du prix global des médicaments. D'autres médicaments ou prestations ne seront plus remboursés, pour garder l'équilibre du budget.

15.16 Minister Maggie De Block (*Frans*): U heeft gezegd dat ik een vetorecht heb in het KCE: het KCE is sinds zijn oprichting onafhankelijk. Ik heb er twee vertegenwoordigers – net zoals de Kamer er één heeft – maar helemaal geen vetorecht.

15.16 Maggie De Block, ministre (*en français*): Vous avez dit que j'avais un droit de veto dans le KCE: le KCE est indépendant depuis sa création. J'y ai deux représentants (au même titre que la Chambre en a un), mais absolument pas de droit de veto.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 14295 van de heer Vercammen wordt omgevormd in een schriftelijke vraag.

La **présidente**: La question n° 14295 de M. Vercammen est transformée en question écrite.

16 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zuurstoftherapie" (nr. 14341)

16 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'oxygénothérapie" (n° 14341)

16.01 André Frédéric (PS): In overeenstemming met de aanbevelingen van het KCE werden de terugbetalingsvoorwaarden voor zuurstoftherapie in 2012 herzien teneinde ze nauwer bij de behoeften van de patiënten en zorgverleners te doen aansluiten. Een wijzigingsclausule bij de overeenkomst trad op 1 augustus 2013 in werking voor patiënten die alleen bij inspanning desatureren.

16.01 André Frédéric (PS): Conformément aux recommandations du KCE, les conditions de remboursement de l'oxygénothérapie ont été revues en 2012 afin notamment de mieux se conformer aux besoins des patients et des prestataires de soins. Un avenant à la convention est entré en vigueur le 1^{er} août 2013 pour des patients qui ne désaturent qu'à l'effort.

Eind 2013 oordeelde het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV dat de reglementering

À la fin 2013, le Collège des médecins directeurs de l'INAMI a jugé que la réglementation ne posait pas

geen grote problemen deed rijzen. Er vond in 2015 een nieuwe evaluatie plaats waarop een nieuwe wijzigingsclausule volgde, die op 1 juli van dat jaar werd ondertekend. Wat is de stand van de huidige wetgeving? Zorgt ze voor problemen in het veld? Zijn er nieuwe evaluaties en aanpassingen gepland?

16.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): De nieuwe reglementering veroorzaakte enkele problemen. Daarom werden er op 1 augustus 2013, op 1 januari 2014 en op 1 juli 2015 wijzigingsclausules bij de overeenkomsten afgesloten. De laatste wijzigingsclausule verlengt de overeenkomst tot 30 juni 2018. Niets wijst erop dat de criteria en modaliteiten een probleem vormen.

De reglementering lijkt door de pneumologen en patiënten goed aanvaard te zijn. Het RIZIV plant daarom ook nog geen nieuwe evaluatie. Wanneer de huidige overeenkomst afloopt, zal het RIZIV echter kijken of er een aanpassing nodig is.

De reglementering moet weliswaar vóór 2018 aangepast worden, maar er kan nog steeds een aanhangsel of een nieuwe overeenkomst opgesteld worden. De overeenkomst betreffende zuurstoftherapie werd voor onbepaalde tijd gesloten. Niettemin werd de regelgeving met ingang van 1 juli 2012 grondig gewijzigd.

16.03 **André Frédéric** (PS): Sommigen hebben me gezegd dat ze hardnekkige problemen ondervonden om toegang tot die technologie te krijgen. Ik zal u eerlang enkele concrete gevallen voorleggen omdat u blijkbaar voor de toevoeging van aanhangsels openstaat.

Het incident is gesloten.

17 **Samengevoegde vragen van**
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overeenkomst betreffende borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 14565)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overeenkomst met de ziekenhuizen betreffende de borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 14946)

17.01 **Daniel Senesael** (PS): Ik kom terug op de overeenkomst over borstreconstructies met eigen weefsel waarover u met het RIZIV had onderhandeld. U was er gerust in dat die overeenkomst door alle ziekenhuizen zou worden ondertekend.

de problème majeur. Une nouvelle évaluation a eu lieu en 2015 et un nouvel avenant signé le 1^{er} juillet 2015. Où en est la législation actuelle? Soulève-t-elle des problèmes sur le terrain? Une nouvelle évaluation et des adaptations sont-elles prévues?

16.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): La nouvelle réglementation a posé certains problèmes pour lesquels des avenants à la convention ont été conclus le 1^{er} août 2013, le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2015. Ce dernier prolonge la convention jusqu'au 30 juin 2018. En effet, rien n'indique que les critères et modalités posent problème.

La réglementation semble bien acceptée par les pneumologues et les patients. L'INAMI n'envisage donc pas de nouvelle évaluation. Toutefois, lorsque les effets de la convention cesseront, l'INAMI évaluera si l'adaptation est nécessaire.

Si la réglementation doit être adaptée avant 2018, un avenant ou une nouvelle convention sont toujours possibles. La convention oxygénothérapie avait été conclue pour une durée indéterminée, ce qui n'a pas empêché de revoir fondamentalement la réglementation au 1^{er} juillet 2012.

16.03 **André Frédéric** (PS): Certains m'ont fait part de problèmes d'accès persistants à ce type de technologie. Je reviendrai avec des cas concrets puisque vous semblez ouverte à des avenants.

L'incident est clos.

17 **Questions jointes de**
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la convention concernant les reconstructions mammaires autologues" (n° 14565)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la convention avec les hôpitaux concernant les reconstructions mammaires autologues" (n° 14946)

17.01 **Daniel Senesael** (PS): Je reviens sur la convention négociée avec l'INAMI sur les reconstructions mammaires autologues. Vous étiez optimiste quant à la signature de la convention par l'ensemble des hôpitaux.

Een tiental dagen later berichtte de pers evenwel dat geen van die ziekenhuizen de overeenkomst naleefde en dat de chirurgen ereloonsupplementen bleven aanrekenen. U dreigde toen met extra maatregelen, waarna de verenigingen van plastisch chirurgen het bestaan van een akkoord ontkenden.

Die krachtmeting ontknootte zich uiteindelijk in de bezegeling van een akkoord. Niet alleen toont dit dossier aan dat er een gebrek aan overleg is tussen uw kabinet en de betrokken verenigingen, het getuigt ook van een zekere slofheid bij de follow-up ervan.

Hoe verklaart u de reactie van de ziekenhuizen, die precies het tegengestelde is van wat u ons had aangekondigd? Kunt u ons de inhoud van dat nieuwe akkoord meedelen? Welke positieve voortgang werd er gemaakt voor de patiënten? Welk ereloonsupplement beschouwt u als buitensporig? Heeft u een deadline vastgelegd voor de bekendmaking van die overeenkomst? Wanneer zal ze in werking treden?

17.02 Karin Jiroflée (sp.a): In oktober waren er slechts zeer weinig ziekenhuizen toegetreden tot de lang onderhandelde overeenkomst. De esthetisch chirurgen dreigden er zelfs mee om deze ingrepen niet uit te voeren. De minister wilde toen nog even afwachten, maar zei ook dat ze bij onvoldoende resultaat een verplichte regeling zou uitwerken waardoor elke vrouw geen torenhoge ereloonsupplementen zou moeten betalen.

Ondertussen is er wel een nieuwe overeenkomst, maar op 1 november hadden slechts 11 van de 62 ziekenhuizen ze ondertekend. Is de toestand ondertussen verbeterd? In sommige regio's is het quasi niet mogelijk om de supplementen te ontlopen.

17.03 Minister Maggie De Block (Frans): Die overeenkomst werd uitgewerkt na onderhandelingen tussen het RIZIV en alle stakeholders waaronder de verenigingen van plastisch chirurgen. Het is de bedoeling de erelonen voor een borstreconstructie met eigen weefsel opnieuw te evalueren, onder meer door het persoonlijke aandeel van de patiënten te beperken, en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg te verzekeren.

Die overeenkomst werd op 25 juli door het Verzekeringscomité goedgekeurd. Alle ziekenhuizen die over een borstkliniek beschikken,

Une dizaine de jours plus tard, la presse relayait qu'aucun de ces hôpitaux ne respectait cette convention et que les chirurgiens continuaient à réclamer des suppléments d'honoraires. Vous menaciez alors de prendre des mesures complémentaires, pour qu'ensuite, les associations représentant les chirurgiens plasticiens démentent l'existence d'un accord.

En épilogue de cette bataille, on apprenait qu'un accord avait été finalement scellé. Au-delà du manque de concertation entre votre cabinet et les associations concernées, ce dossier a été suivi avec un certain laxisme.

Comment expliquez-vous la réaction des hôpitaux, contradictoire à celle que vous nous aviez annoncée? Pouvez-vous nous communiquer la teneur de ce nouvel accord? Quelles avancées positives ont-elles pu être obtenues pour les patientes? Quel supplément d'honoraire considérez-vous comme excessif? Avez-vous établi une échéance pour la publication de cette convention? Quand entrera-t-elle en vigueur?

17.02 Karin Jiroflée (sp.a): En octobre, rares étaient les hôpitaux qui avaient adhéré à la convention longuement négociée. Les chirurgiens esthétiques menaçaient même de ne plus pratiquer ces interventions. La ministre avait alors accepté de patienter, tout en ajoutant qu'en l'absence de résultats suffisants, elle imposerait une réglementation n'obligeant plus les patientes à payer des suppléments d'honoraires astronomiques.

Une nouvelle convention a certes été élaborée entre-temps, mais le 1^{er} novembre dernier, à peine onze hôpitaux sur soixante-deux l'avaient signée. Des progrès ont-ils été engrangés depuis lors? Dans certaines régions, il est quasiment impossible d'échapper aux suppléments.

17.03 Maggie De Block, ministre (en français): Cette convention a été élaborée après des négociations entre l'INAMI et l'ensemble des parties prenantes, dont les associations des chirurgiens plasticiens. Il s'agit de réévaluer les honoraires de la reconstruction mammaire autologue, notamment en limitant les contributions personnelles des patientes, tout en assurant la qualité des soins.

Cette convention a été approuvée par le Comité de l'assurance le 25 juillet. Tous les hôpitaux disposant d'une clinique du sein ont été contactés et sollicités

werden gecontacteerd en verzocht hun kandidatuur in te dienen.

(Nederlands) Ik heb het overlegmodel maximaal zijn rol laten spelen en de nodige randvoorwaarden gecreëerd. Toen bleek dat er te weinig succes was voor het ontwerp van conventie, heb ik in samenspraak met de voorzitter van de 'Medicomut' op 18 oktober een ultieme overlegronde georganiseerd om een aantal misverstanden en blokkeringen op te lossen.

(Frans) Na afloop van die vergadering werd er beslist dat de patiënten in een tweepersoonskamer kunnen worden opgenomen, dat men de doelstelling van 40% van de ziekenhuisopnames op nationaal niveau zou halen en dat de vertegenwoordigers van de chirurgen bij de evaluatie van de overeenkomst een jaar na de inwerkingtreding ervan zouden worden betrokken. De ereloonsupplementen voor de patiënten in een eenpersoonskamer blijven beperkt tot maximum 100% voor de hoofdingreep. Alle informatie kan op de website van het RIZIV geraadpleegd worden.

In het kader van de openbaarheid van bestuur staat heel die 'reutemeteut' daar uitgelegd.

De overeenkomst treedt in werking in functie van de datum waarop de ziekenhuizen hun kandidatuur melden. De overeenkomst is in een dertigtal ziekenhuizen van kracht geworden.

(Nederlands) Er zijn 62 hospitalen die beschikken over een erkende coördinerende borstkliniek. Om tot de overeenkomst te kunnen toetreden moeten er minstens twee artsen-specialisten in de plastische constructieve en esthetische heelkunde in dienst zijn. De verstrekkingen kunnen ook worden aangerekend als ze worden uitgevoerd in een 'satellietborstkliniek' die afhangt van een coördinerend centrum.

Al meer dan 30 instellingen hebben de overeenkomst ondertekend en dat aantal stijgt nog steeds. De geografische spreiding is aanvaardbaar. Opdat vrouwen zouden weten waar ze terecht kunnen, wordt er een lijst gepubliceerd. Er zijn er al heel wat gestart in januari. Het is goed dat hier ondertussen ook universitaire klinieken en grote centra bij zijn. Op het moment dat ik mij 'ermee heb gemoeid', waren er nog geen toetredingen. We proberen de website nu vooral up-to-date te houden. Ik hoop dat er nog veel toetredingen zijn, zodat vrouwen alsmaar meer keuzes hebben.

pour déposer leur candidature.

(En néerlandais) J'ai laissé le modèle de concertation jouer son rôle au maximum et créé les conditions nécessaires. Lorsqu'il est apparu que le projet de convention ne rencontrait pas le succès escompté, j'ai organisé un ultime cycle de concertations le 18 octobre en accord avec le président de la Médicomut pour dissiper plusieurs malentendus et lever certains blocages.

(En français) À l'issue de cette réunion, il a été décidé que les patients pourront être hospitalisés dans une chambre à deux lits, d'atteindre l'objectif de 40 % des hospitalisations au niveau national, d'associer les représentants des chirurgiens à l'évaluation de la convention après un an. Les suppléments d'honoraires demandés aux patients séjournant dans une chambre à un lit restent limités à un maximum de 100 % pour l'intervention principale. Toutes les informations sont disponibles sur le site web de l'Inami.

Tout ce "micmac" y est expliqué dans le cadre de la publicité de l'administration.

L'entrée en vigueur de la convention varie en fonction de la date de soumission des candidatures des hôpitaux. La convention est entrée en vigueur dans une trentaine d'hôpitaux.

(En néerlandais) Soixante-deux hôpitaux disposent d'une clinique du sein coordinatrice agréée. Pour adhérer à la convention, ces cliniques doivent employer au moins deux médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique. Les prestations effectuées dans une "clinique du sein satellite" dépendant d'un centre coordinateur peuvent également être imputées.

Plus de trente établissements ont déjà adhéré à la convention et leur nombre ne cesse de croître. La répartition géographique est acceptable. Une liste a été publiée, de sorte à permettre aux patientes de s'orienter. De nombreux établissements appliquent la convention depuis janvier. Nous nous réjouissons du fait qu'entre-temps des cliniques universitaires et de grands centres sont venus s'ajouter à la liste. Aucune adhésion n'avait été enregistrée avant que je ne "m'en mêle". À présent, nous nous efforçons surtout de maintenir à jour le site internet. J'espère que les nouvelles adhésions seront encore nombreuses, de sorte à offrir un choix toujours plus large aux patientes.

De ingreep bestaat uit drie fases: de microchirurgische transplantatie van het weefsel, de aanvullende remodelering en het tatoeëren van de tepel en het creëren van de tepelhof. Die fijne afwerking zit er ook in vervat. Het was immers bij deze zaken dat er altijd supplementen opdoken.

Ik roep nog eens op om alle inbreuken of eventuele misverstanden zeker te rapporteren.

17.04 Daniel Senesael (PS): Ik zal de website raadplegen om eventueel enkele opmerkingen te maken.

17.05 Karin Jiroflée (sp.a): Ik ben blij te horen dat er al meer aansluitingen zijn en dat de geografische spreiding aanvaardbaar is.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter:** De vragen nrs. 14385 en 14421 van mevrouw Fonck worden op haar verzoek in schriftelijke vragen omgezet.

18 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor artsen" (nr. 14387)

18.01 Catherine Fonck (cdH): Te veel gezondheidswerkers worden het slachtoffer van agressie. Sommige beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars weigeren bovendien om de daaruit voortvloeiende gezondheidszorgkosten te vergoeden.

Over welke rechtsmiddelen beschikken de artsen? Wordt die situatie besproken in de werkgroep van huisartsen en medewerkers van Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid die belast is met de uitwerking van een beleidsplan om de artsen doeltreffend te ondersteunen bij de uitoefening van hun werk? We zouden de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars ertoe moeten verplichten alle kosten als gevolg van een daad van agressie tegen een arts in het kader van zijn beroepsactiviteit te vergoeden.

18.02 Minister Maggie De Block (Frans): Artikel 410bis van het Strafwetboek voorziet in zwaardere straffen voor een wanbedrijf tegen onder andere een ambulancier, een arts, een apotheker of een verpleegkundige. De klassieke procedures inzake de aansprakelijkheid van de agressor worden gehanteerd wanneer een arts zich burgerlijke partij stelt. De vergoeding van de verzekeraars van de artsen die als zelfstandige

L'intervention comporte trois phases: la transplantation microchirurgicale du tissu, le remodelage complémentaire et le tatouage de la région aréolaire, la création de l'aréole. Ce travail de finition est également inclus. C'est en effet dans ce contexte précis que les suppléments d'honoraires apparaissaient à chaque fois.

J'invite encore toutes les parties concernées à signaler toute infraction et d'éventuels malentendus.

17.04 Daniel Senesael (PS): J'irai consulter le site pour éventuellement apporter quelques commentaires.

17.05 Karin Jiroflée (sp.a): Je me réjouis que le nombre d'adhésions ait progressé et que la répartition géographique soit acceptable.

L'incident est clos.

La **présidente:** Les questions n^{os} 14385 et 14421 de Mme Fonck sont transformées en questions écrites à sa demande.

18 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assurance responsabilité civile professionnelle des médecins" (n° 14387)

18.01 Catherine Fonck (cdH): De trop nombreux professionnels de la santé sont agressés. En outre, certaines assurances en responsabilité civile professionnelle refusent d'assumer les frais des soins de santé afférents.

De quels recours disposent les médecins? Cette situation est-elle évoquée dans le groupe de travail composé de généralistes et de collaborateurs de l'Intérieur et de la Santé publique, chargé d'élaborer un plan stratégique pour soutenir efficacement les médecins dans l'exercice de leur mission? Nous devrions obliger les assureurs en responsabilité civile professionnelle à couvrir tous les frais résultant d'une agression de médecin dans le cadre de leur activité.

18.02 Maggie De Block, ministre (en français): L'article 410bis du Code pénal prévoit des peines plus lourdes pour les délits contre, entre autres, un ambulancier, un médecin, un pharmacien ou un infirmier. Les procédures classiques de responsabilité de l'agresseur s'appliquent pour les médecins constitués partie civile. L'intervention des assurances des médecins sous statut d'indépendant peut varier. Certaines compagnies

werken kan variëren. Sommige verzekeringsmaatschappijen onderzoeken de mogelijkheid van een aparte verzekering tegen geweld.

Daarnaast worden er registratie-, preventie- en voorlichtingsmaatregelen getroffen. De Orde der artsen heeft niet alleen een meldpunt voor agressie tegen artsen opgericht, maar ook het initiatief ARTS IN NOOD gelanceerd, dat bijzondere aandacht besteedt aan die problematiek. Ik zal de aanbevelingen aandachtig bestuderen.

In die Franse gids vinden de artsen veiligheidstips voor de uitrusting en inrichting van hun praktijkruimte en voor hun huisbezoeken. De procedure voor het indienen van een klacht wordt er ook in uitgelegd.

Dankzij de Orde der artsen zullen we weten over hoeveel personen het gaat en in welke regio's zich de problemen voordoen. Er zullen altijd instabiele en gevaarlijke patiënten zijn. De thuisverplegers en de mobiele teams voor geestelijke gezondheidszorg zijn ook betrokken partij. Er is nog veel werk aan de winkel.

18.03 Catherine Fonck (cdH): Sommige verzekeringsmaatschappijen overwegen premies in te voeren ter dekking van de risico's van geweldpleging. Dat is onaanvaardbaar. Men kan een daad van agressie tegen een zorgverlener in de uitoefening van zijn beroep niet uit de beroepsaansprakelijkheidsverzekering lichten.

De minister van Economie en andere ministers zijn ook bij die problematiek betrokken. Ik pleit ervoor dat de regering die kwestie met de verzekeringssector, met name Assuralia, bespreekt.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 14571 van mevrouw Jadin en 14720 van mevrouw Ben Hamou worden omgezet in schriftelijke vragen. Vraag nr. 14597 van mevrouw Fonck wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 14602 van mevrouw Van Peel wordt uitgesteld op haar verzoek.

De vragen nrs. 14619, 14621, 14653, 16030 en 14623 van mevrouw Van Camp worden uitgesteld. Haar vraag nr. 14642 wordt omgevormd in een schriftelijke vraag. Haar vraag nr. 15951 wordt uitgesteld. Haar vraag nr. 14654 is zonder voorwerp omdat dat punt aan bod kwam tijdens de begrotingsbesprekingen. De vragen nrs. 14660 van

examinent la possibilité d'une police contre les agressions.

Il faut évidemment ajouter des mesures d'enregistrement, de prévention et d'information. Outre un point de contact pour les agressions, l'Ordre des médecins a lancé l'initiative "médecins en détresse" qui porte une attention particulière à cette problématique. Les recommandations recevront toute mon attention.

Le médecin y trouve des conseils de sécurité, pour l'équipement et l'agencement de son cabinet et pour ses déplacements chez le patient. La procédure pour un dépôt de plainte y est également expliquée.

Grâce à l'Ordre des médecins, nous saurons combien de gens sont concernés et dans quelles régions. Cela dit, il existera toujours des patients instables et dangereux. Les infirmiers à domicile et les équipes mobiles de soins de santé mentale sont aussi concernés. Il reste donc beaucoup de travail.

18.03 Catherine Fonck (cdH): Certaines compagnies d'assurances envisagent de créer des primes pour couvrir les risques d'agressions. C'est inacceptable. On ne peut pas exclure de la responsabilité civile professionnelle une agression visant un acteur de la santé dans l'exercice de sa profession.

Ce problème concerne aussi le ministre de l'Économie et d'autres de vos collègues. Je plaide pour que le gouvernement entreprenne des démarches envers le secteur des assurances, en particulier Assuralia.

L'incident est clos.

La **présidente**: Les questions jointes n^{os} 14571 de Mme Jadin et 14720 de Mme Ben Hamou sont transformées en questions écrites. La question n^o 14597 de Mme Fonck est transformée en question écrite. La question n^o 14602 de Mme Van Peel est reportée à sa demande.

Les questions n^{os} 14619, 14621, 14653, 16030 et 14623 de Mme Van Camp sont reportées. Sa question n^o 14642 est transformée en question écrite. Sa question n^o 15951 est reportée. Sa question n^o 14654 est sans objet puisque ce point a été abordé dans les discussions relatives au budget. Les questions n^o 14660 de Mme Fonck,

mevrouw Fonck, 14985 en 14986 van mevrouw Dedry, 14989 van mevrouw Van Peel en 16157 van de heer Blanchart worden uitgesteld. De vragen nrs. 14661, 16034, 14667 en 14668 van juffrouw Van Camp, 16301 van de heer Blanchart, 14670 en 14675 van juffrouw Van Camp, 14714 van mevrouw Dedry, 14716 van mevrouw Cassart-Mailleux en 16303 van de heer Blanchart worden uitgesteld.

19 **Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kankerverwekkende producten in babypampers" (nr. 14733)**

19.01 **Catherine Fonck** (cdH): Naar aanleiding van een studie die in opdracht van de ASEF (Association Santé Environnement France) door een onafhankelijk laboratorium werd uitgevoerd, berichtte de pers over de mogelijke aanwezigheid van kankerverwekkende stoffen in babyluiers van het merk Pampers. Het verdachte product petrolatum wordt gebruikt om babybiljetjes te beschermen. Het behoort tot de polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAK's), die afgeleid worden van petroleum en door de Europese Unie als kankerverwekkend worden geclassificeerd. Ook al blijven de aangetroffen concentraties - 0,2 mg per kilo luiers - onder de drempel die in de Europese regelgeving wordt toegelaten, toch doet een en ander vragen rijzen.

Baby's zijn immers gevoeliger voor toxische producten dan volwassenen.

Ware het niet aangewezen de concentratie aan kankerverwekkende stoffen in luiers exact te kwantificeren? Zou uw collega die over de Consumentenbescherming gaat, eveneens kunnen optreden?

19.02 **Minister Maggie De Block** (Frans): De vermelde studie werd niet besteld door de ASEF maar door een producent van natuurlijke luiers, Love & Green. De gedetailleerde resultaten zijn niet beschikbaar.

De bevoegde diensten van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu hebben dit jaar een analyse van de bestanddelen van artikelen voor persoonlijke hygiëne gepland. In 2010 had de FOD de vakliteratuur daaromtrent al onder de loep genomen. Mochten er risico's voor de volksgezondheid aan het licht komen, zou ik maatregelen nemen.

n^os 14985 et 14986 de Mme Dedry, n^o 14989 de Mme Van Peel et n^o 16157 de M. Blanchart sont reportées. Les questions n^os 14661, 16034, 14667 et 14668 de Mlle Van Camp, n^o 16301 de M. Blanchart, n^o 14670 et n^o 14675 de Mlle Van Camp, n^o 14714 de Mme Dedry, n^o 14716 de Mme Cassart-Mailleux et n^o 16303 de M. Blanchart sont reportées.

19 **Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de produits cancérigènes dans les couches pour bébés" (n^o 14733)**

19.01 **Catherine Fonck** (cdH): La presse a évoqué la possible présence de substances cancérigènes dans les couches pour bébés de la marque Pampers, suite à une étude réalisée par un laboratoire indépendant à la demande de l'ASEF (Association Santé Environnement France). Le produit impliqué est le petrolatum, qui est utilisé pour protéger la peau des fesses des bébés. Celui-ci appartient aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), qui sont dérivés du pétrole et classés comme cancérigènes par l'Union européenne. Même si les taux retrouvés - 0,2 mg par kilo de couche - se situent en dessous du seuil autorisé par la réglementation européenne, cela pose question.

Les bébés ont une sensibilité aux produits toxiques plus importante que les adultes.

Ne serait-il pas important de quantifier exactement le taux de ces produits cancérigènes dans les couches? Votre collègue en charge de la Protection des consommateurs pourrait-il également intervenir?

19.02 **Maggie De Block**, ministre (en français): L'étude mentionnée n'a pas été commanditée par l'ASEF mais par un producteur de couches naturelles, Love & Green. Les résultats détaillés ne sont pas disponibles.

Les services compétents du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement prévoient en 2017 une analyse des composants d'articles d'hygiène personnelle. En 2010, le SPF avait déjà effectué une revue de la littérature scientifique à ce sujet. Si des risques pour la santé humaine étaient identifiés, je prendrais des mesures.

We dragen geen kennis van Europese normen voor die producten. Petrolatum is in de Europese REACH-wetgeving als carcinogene substantie 1B geclassificeerd en de vermarkting ervan voor het grote publiek is verboden in concentraties hoger dan 0,1%.

19.03 Catherine Fonck (cdH): Deze door een concurrent uitgevoerde studie moet op een oordeelkundige wijze worden geïnterpreteerd, maar ze leert ons wel dat het absoluut noodzakelijk is dat er een toxicologische analyse van hygiëneproducten wordt uitgevoerd. Ze worden immers gebruikt bij baby's. De kankerverwekkende eigenschappen van het product zijn bekend. Als de analyses weinig geruststellend blijken te zijn moeten er maatregelen worden genomen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 14763 van juffrouw Van Camp, 14774 en 14775 van de heer Thiéry en 14920 van mevrouw Jadin worden uitgesteld. Vraag nr. 14914 van mevrouw Becq is ingetrokken.

20 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van eculizumab (Soliris) bij gebruik ter voorkoming van een recidief na transplantatie bij aHUS-patiënten" (nr. 14950)

20.01 Catherine Fonck (cdH): Ik zal niet dieper ingaan op het volledige dossier van eculizumab (Soliris). In januari 2016 verklaarde u dat het over een twintigtal patiënten ging. Ik wil duidelijkheid voor de betrokken patiënten, kinderen en volwassenen, die wachten om zich op de lijst in te schrijven.

Werden de reglementaire procedures aangenomen? Is het kader voor de terugbetaling gedefinieerd? De wetenschappelijke literatuur toont aan dat er geen recidief is bij inname van eculizumab gedurende één jaar na de transplantatie. In welk reglementair kader wordt voorzien? Hoeveel dossiers werden er ingediend en hoeveel zijn er aanvaard?

20.02 Minister Maggie De Block (Frans): Mijn beslissingen betreffende de vergoeding van farmaceutische producten zijn gebaseerd op de voorstellen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, die die dossiers grondig bestudeert.

Die commissie buigt zich momenteel over de

Nous n'avons pas connaissance de normes européennes pour ces produits. Le petrolatum est classé comme substance calcinogène 1B dans la législation européenne REACH et interdit sur le marché pour le grand public en concentration supérieure à 0,1 %.

19.03 Catherine Fonck (cdH): Cette étude réalisée par un concurrent est à prendre avec discernement, mais elle nous indique qu'il est indispensable d'effectuer une analyse toxicologique sur les produits d'hygiène. Les bébés y sont exposés. C'est un produit cancérigène connu. Si les analyses se révèlent peu rassurantes, il s'agira de prendre des mesures claires.

L'incident est clos.

La **présidente**: Les questions n^{os} 14763 de Mlle Van Camp, 14774 et 14775 de M. Thiéry et 14920 de Mme Jadin sont reportées. La question n° 14914 de Mme Becq est retirée.

20 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'eculizumab (Soliris) utilisé en prévention de la récurrence post-greffe chez des patients atteints de SHUa" (n° 14950)

20.01 Catherine Fonck (cdH): Je ne reviens pas sur l'entièreté du dossier relatif à l'eculizumab (Soliris). En janvier 2016, vous disiez qu'une vingtaine de patients était concernée. J'aimerais qu'on soit au clair pour les patients concernés, enfants et adultes qui attendent de pouvoir s'insérer sur la liste.

Les procédures réglementaires ont-elles été adoptées? Le cadre des remboursements est-il défini? La littérature scientifique montre qu'il n'y a pas de récurrence, à condition d'ingurgiter un an d'eculizumab après la greffe. Quel cadre réglementaire est-il prévu? Combien de dossiers ont-ils été transmis et combien sont-ils acceptés?

20.02 Maggie De Block, ministre (en français): Ma décision relative au remboursement de produits pharmaceutiques est basée sur la proposition de la Commission de remboursement des médicaments qui étudie ces dossiers en profondeur.

La commission étudie actuellement les conditions

terugbetalingsvoorwaarden van eculizumab bij patiënten die een niertransplantatie ondergingen. Er werd nog geen beslissing genomen. Soliris is op dit moment terugbetaalbaar in twee gevallen: voor paroxismale nachtelijke hemoglobinurie en het atypisch HUS. Van de 56 aanvragen die voor het eerste geval werden ingediend bij het College van geneesheren-directeuren kregen er 52 een gunstig advies en werd het geneesmiddel terugbetaald. Van de 60 vergoedingsaanvragen voor het atypisch HUS had bijna een derde betrekking op een patiënt die een transplantatie had ondergaan en die gevallen zijn momenteel nog niet vergoedbaar.

In december 2015 heb ik het principeakkoord verkregen van de onderneming Alexion om haar geneesmiddel ter beschikking te stellen in afwachting van een oplossing voor de terugbetaling. Ik heb gevraagd om het College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen - Soliris - aHUS vooraf te raadplegen.

Het college geeft geen advies over de in de reglementering gedefinieerde terugbetaling, maar realiseert een consult dat moet bevestigen of het over een atypische aHu en/of een terminale nierinsufficiëntie gaat en oordeelt over de meest geschikte profylaxetermijn (nul, drie of zes maanden).

Wat de aanvragen voor dit preventief post-transplantatiegebruik betreft, werden zeven patiënten ingedeeld bij de categorie laag risico waarvoor geen eculizumab nodig was, veertien bij de categorie intermediair risico en kreeg één patiënt een behandeling met een Soliris-geneesmiddel in het kader van het profylactisch gebruik na een niertransplantatie.

20.03 Catherine Fonck (cdH): Wordt dat geneesmiddel wel degelijk door Alexion verdeeld? Wordt het terugbetaald?

20.04 Minister Maggie De Block (*Frans*): Het wordt terugbetaald. We hebben gevraagd dat de overeenkomst voor de terugbetaling onmiddellijk ingaat. En in die tijd was het nog Alexion.

20.05 Catherine Fonck (cdH): Die patiënten hebben een zeer zware weg afgelegd. Ze konden geen transplantatie ondergaan omdat men wist dat ze op het transplantaat opnieuw aHUS zouden ontwikkelen, en uit ethische overwegingen voor henzelf en voor andere patiënten die geen transplantatie kregen kon men het risico niet nemen.

Ze hebben lang gewacht, en kregen intussen

de remboursement de l'eculizumab chez un patient qui a reçu une transplantation rénale, aucune décision n'a donc encore été prise. Le Soliris est actuellement remboursable dans deux cas: l'hémoglobinurie paroxystique nocturne et le SHU atypique. Dans le premier cas, sur 56 demandes introduites auprès du Collège des médecins, 52 ont obtenu un avis positif et reçu un remboursement. Pour le SHU atypique, sur les 60 dossiers reçus, près d'un tiers concerne une demande pour un usage post-transplantation qui n'est pas encore remboursable selon la réglementation.

En décembre 2015, j'ai obtenu un accord de principe pour que la firme Alexion mette son médicament à disposition en attendant une solution de remboursement. J'ai demandé que le collège Soliris SHUa soit consulté au préalable.

Le collège ne rend pas un avis sur le remboursement tel que défini dans la réglementation mais procède à une consultation qui doit corroborer s'il s'agit d'un SHUa atypique et/ou d'une insuffisance rénale au stade terminal, et juger du meilleur délai de prophylaxie préconisé (zéro, trois ou six mois).

En ce qui concerne les demandes relatives à cet usage préventif post-transplantation, sept patients ont été jugés comme présentant un risque faible ne requérant pas d'eculizumab, quatorze comme présentant un risque intermédiaire et un patient a bénéficié d'un traitement avec un médicament Soliris dans le cadre d'un usage prophylactique après une transplantation rénale.

20.03 Catherine Fonck (cdH): Alexion distribue-t-il bien le médicament? Est-il remboursé?

20.04 Maggie De Block, ministre (*en français*): Il est remboursé. Nous avons demandé que le contrat pour le remboursement commence immédiatement. Et à cette époque, c'était Alexion.

20.05 Catherine Fonck (cdH): Ces patients ont eu un parcours très difficile. Ils n'ont pu être greffés parce qu'on savait qu'ils allaient récidiver le SHUa sur le greffon et éthiquement pour eux et pour d'autres patients que l'on privait d'un greffon, on ne pouvait prendre le risque.

Ils ont attendu longtemps en dialyse. Je vous

dialyse. Ik vraag u derhalve de commissie te verwittigen voor de patiënten die nog steeds wachten. De wachttijd voor een orgaan is soms erg lang en hangt af van een reeks criteria.

Als ik het goed begrijp, zullen de patiënten die een verhoogd risico lopen op een recidief van aHUS Soliris zes maanden lang terugbetaald krijgen. Alles wijst er echter op dat de patiënt bij zo'n verhoogd risico na de transplantatie een jaar lang Soliris dient in te nemen. Men neemt dus een niet verwaarloosbaar risico op een recidief door die patiënten gedurende slechts zes maanden te behandelen. Voor hen zou dat een ramp betekenen en de Staat zou het veel meer geld kosten.

De wetenschappelijke literatuur is duidelijk: het zou een vergissing zijn om het geneesmiddel Soliris slechts gedurende zes maanden voor te schrijven voor patiënten met een hoog risico op een recidief na een transplantatie.

Het incident is gesloten.

21 Vraag van de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de buitensporige artsenlonen" (nr. 14605)

21.01 Raoul Hedebouw (PTB-GO!) (Nederlands): De Christelijke Mutualiteit vindt dat onredelijke artsenlonen aangepakt moeten worden. Het gemiddelde jaarlijkse inkomen verschilt veel naargelang de specialiteit. Zo verdienen nierspecialisten meer dan 600.000 euro per jaar, terwijl geriater, psychiater of pediaters ongeveer 200.000 euro per jaar verdienen. In universitaire ziekenhuizen verdienen specialisten tussen 7.000 en 12.000 euro per maand. Academische specialisten krijgen er een vast salaris en mogen geen supplementen aanrekenen. Zij moeten zich niet meer bezighouden met het oprichten van bvba's of met de financiering van het ziekenhuis, maar kunnen zich volledig op de patiënten concentreren.

Specialisten met grote verantwoordelijkheden mogen van mij gerust meer verdienen dan de eerste minister, maar niet twee of drie keer zoveel, zoals nu dikwijls het geval is.

Als dit systeem in alle ziekenhuizen zou worden toegepast, dan zou dit het RIZIV een paar miljard euro per jaar besparen. Welke maatregelen zal de minister nemen om de problematiek van de buitensporige artsenlonen bij sommige specialisten aan te pakken? Hoe staat ze tegenover het voorstel

demande donc de prévenir la commission pour les patients qui attendent encore. Le délai d'obtention d'un greffon est parfois très long et dépend d'une série de critères.

Si je comprends bien, les patients qui ont un risque élevé de récurrence de SHUa bénéficieront de six mois de remboursement du Soliris. Or tout indique que, pour les risques élevés, il faut un an de Soliris après la greffe. On prend donc un risque non négligeable de récurrence en traitant ces patients pendant six mois. Pour eux, ce serait la catastrophe et pour l'État, cela coûterait beaucoup plus cher.

La littérature scientifique est claire: ce serait une erreur de ne prescrire du Soliris que durant six mois aux patients présentant un risque élevé de récurrence après la greffe.

L'incident est clos.

21 Question de M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les honoraires exorbitants des médecins" (n° 14605)

21.01 Raoul Hedebouw (PTB-GO!) (en néerlandais): La Mutualité chrétienne estime qu'il faut s'attaquer aux honoraires déraisonnables de certains spécialistes, dont le revenu moyen annuel varie en fonction de la spécialité. Ainsi, les néphrologues gagnent plus de 600 000 euros par an, tandis que le revenu des gériatres, des psychiatres ou des pédiatres est d'environ 200 000 euros par an. Les spécialistes qui travaillent dans des hôpitaux universitaires perçoivent quant à eux entre 7 000 et 12 000 euros par mois. Ils ont un salaire fixe et ne peuvent pas facturer de suppléments. Ils ne doivent plus s'occuper de la création d'une SPRL ou du financement de l'hôpital mais peuvent entièrement se consacrer à leurs patients.

J'admets que les spécialistes ayant de lourdes responsabilités puissent parfaitement gagner davantage que le premier ministre, mais pas deux ou trois fois plus, comme c'est souvent actuellement le cas aujourd'hui.

Appliquer ce système à l'ensemble des spécialistes ferait économiser à l'INAMI quelques milliards d'euros par an. Quelles mesures compte prendre le ministre pour s'attaquer au problème des honoraires exorbitants de certains spécialistes? Que pense-t-il de la proposition de payer à tous ces

om alle artsen het loon te betalen dat ook in de universitaire ziekenhuizen betaald wordt?

21.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Een herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur wordt al lang gevraagd. Het rapport moet met omzichtigheid worden benaderd en we moeten ons hoeden voor te algemene conclusies.

Transparante honoraria houden ook rekening met de reële kostprijs van de prestaties. In de voorbije tien jaar zijn al veel maatregelen genomen in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

Dat geldt ook voor een aantal cognitieve prestaties en voor de knelpuntdisciplines.

In de bestuursovereenkomst van de Staat met het RIZIV staat dat er een nieuw grondplan voor de nomenclatuur in de geneeskunde zal worden uitgetekend. Een aantal van de gemaakte opmerkingen zal zeker worden gehonoreerd.

Een harmonisering van de honoraria mogen we niet uit de weg gaan. Gebruikte materialen of producten zouden het aangerekende honorarium niet mogen beïnvloeden. Het wegwerken van verschillen in de totaal aangerekende honorariummassa voor ziekenhuisbehandelingen van laagvariabele zorg is een ander aspect van dezelfde problematiek.

Momenteel wordt onderzocht welke aanpassingen aangewezen zijn, maar dat is een ingewikkeld verhaal. Het percentage van het honorarium dat aan het ziekenhuis wordt afgestaan, kan immers erg verschillen per ziekenhuis en per specialisme. De investeringen die nodig zijn om bepaalde verstrekkingen te kunnen verlenen, variëren eveneens in grote mate.

Dat maakt een benadering *one-size-fits-all* er niet gemakkelijker op. Dit probleem kan niet met eenvoudige recepten worden weggewerkt. De afdrachten op de honoraria zijn een belangrijk onderdeel van de financiering van de ziekenhuizen. In de vorige jaren is het aandeel ervan zelfs hoger geworden dan het budget van de financiële middelen. Bij nefrologen bedragen de afdrachten 82%.

Een herijking van de honoraria mag de incentives voor productiviteit en specialisatie niet wegnemen. De toegankelijkheid in België krijgt de

médecins le salaire en vigueur dans les hôpitaux universitaires?

21.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Le rééquilibrage et la simplification de la nomenclature sont des demandes qui existent depuis longtemps. Ce rapport doit être appréhendé avec prudence et nous devons nous garder de conclusions trop générales.

Des honoraires transparents tiennent également compte du prix coûtant réel des prestations. Ces dix dernières années, de nombreuses mesures ont déjà été prises dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Ces mesures ont également permis la revalorisation de certaines prestations de thérapie cognitive et de disciplines en pénurie.

Le contrat d'administration conclu entre l'État et l'INAMI prévoit l'élaboration d'un nouveau plan dans le cadre d'une révision de la nomenclature des soins de santé. Certaines observations qui ont été formulées seront prises en considération.

Nous ne devons pas hésiter à procéder à une harmonisation des honoraires. Ces derniers ne devraient pas être influencés par le matériel ou les produits utilisés. La suppression des différences sur le plan de la masse totale des honoraires facturés pour des traitements en milieu hospitalier qui concernent des soins à faible variabilité constitue un autre aspect du même problème.

Nous examinons actuellement la question de savoir quelles modifications devraient être envisagées, mais il s'agit d'un dossier complexe. Le pourcentage des honoraires cédés à l'hôpital peut en effet varier fortement d'un hôpital à l'autre, mais également d'une spécialité à l'autre. Les investissements nécessaires en vue de pouvoir assurer certaines prestations varient également dans une large mesure.

Tout cela ne facilitera pas une approche reposant sur un modèle unique. Quelques recettes simples ne suffiront pas pour résoudre le problème. Les rétrocessions sur les honoraires constituent un élément important du financement des hôpitaux. Au cours des années précédentes, leur part a même dépassé le budget des moyens financiers. Pour les néphrologues, ces rétrocessions s'élèvent à 82 %.

Une réévaluation des honoraires ne peut pas supprimer les incitants en matière de productivité et de spécialisation. En matière d'accessibilité, la

maximumscore in de Europese gezondheidsindex van het Health Consumer Powerhouse. Die toegankelijkheid mag nooit verloren gaan. Tegen een financieringssysteem dat wachtlijsten in de hand werkt, zal ik mij te allen tijde verzetten.

21.03 Raoul Hedebouw (PTB-GO!): U relateert de cijfers maar reikt er geen andere aan. De vaststellingen van het KCE voor de verschillende specialismen vallen nochtans niet te ontkennen.

Telt ons land niet te veel specialisten die te veel verdienen en de sociale zekerheid geld kosten? Sommigen verdienen drie tot vier keer zoveel als een hoogleraar!

Wat de toegankelijkheid van de zorg betreft, bent u de eerste om te zeggen dat er moet worden bespaard. Ik stel u besparingen voor maar u houdt er geen rekening mee. Bespaar bij de specialisten en niet op de terugbetaling van antibiotica. Ik hoop dat we de komende maanden toch punten van overeenstemming kunnen vinden.

Het incident is gesloten.

22 Vraag van de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de discounts van farmabedrijven aan apothekers" (nr. 14607)

22.01 Raoul Hedebouw (PTB-GO!): Alle antibiotica op de site van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) wordt als goedkoop geklasseerd, omdat de apothekers voor antibiotica en antischimmelmiddelen een substituierrecht hebben. Daardoor verlaagden alle merknamen hun prijzen tot het niveau van het goedkoopste generische middel. De Belgische goedkope geneesmiddelen zijn echter nog twee- tot zesmaal duurder dan de Nederlandse producten met kiwiprijzen. De apotheker moet het goedkoopste product afleveren, maar alle merken zijn wel even goedkoop. Daarom bieden de farmaceutische bedrijven nu aan de apothekers kortingen aan – bijvoorbeeld vier dozen kopen, een vijfde krijgen – die de winstmarges van de apothekers verhogen met 20%, ten koste van het RIZIV en van de patiënt.

Is de minister bereid om deze praktijk te verbieden en streng te controleren? In Nederland hebben de zorgverzekeraars een soort van aanbesteding ingevoerd. Wil de minister dat hier ook onderzoeken?

Belgique obtient le meilleur résultat dans l'indice européen des consommateurs de soins de santé mis au point par l'organisation Health Consumer Powerhouse. Cette accessibilité doit être préservée. Et je m'opposerai toujours à tout système favorisant l'apparition de listes d'attente.

21.03 Raoul Hedebouw (PTB-GO!): Vous commencez par relativiser les chiffres mais vous n'en apportez pas d'autres. Le constat du KCE est là, au niveau des différentes spécialisations.

N'y a-t-il pas trop de spécialistes qui gagnent trop en Belgique et coûtent à la Sécurité sociale? Certains gagnent trois à quatre fois le salaire d'un professeur d'université!

Pour l'accessibilité, vous êtes la première à dire qu'il faut faire des économies. Je vous en propose mais vous ne prenez pas ma proposition en compte. Faites les économies chez les spécialistes et non dans le remboursement des antibiotiques. J'espère donc qu'on pourra trouver dans les mois à venir des points d'entente.

L'incident est clos.

22 Question de M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les ristournes accordées par les entreprises pharmaceutiques aux pharmaciens" (n° 14607)

22.01 Raoul Hedebouw (PTB-GO!): Sur le site internet du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP), tous les antibiotiques sont classés comme peu onéreux car les pharmaciens disposent d'un droit de substitution pour les antibiotiques et les antifongiques. De ce fait, toutes les marques ont réduit leurs prix au niveau du médicament générique le moins cher. Cependant, en Belgique, les médicaments bon marché sont deux à six fois plus chers que les produits néerlandais à prix kiwi. Le pharmacien doit proposer le produit le moins cher, mais toutes les marques affichent le même prix bas. C'est pourquoi les entreprises pharmaceutiques offrent aujourd'hui des réductions aux pharmaciens (par exemple, pour quatre boîtes achetées, la cinquième est gratuite), permettant à ceux-ci d'augmenter leur marge bénéficiaire de 20 %, aux frais de l'INAMI et du patient.

La ministre est-elle disposée à interdire cette pratique et à effectuer des contrôles stricts? Aux Pays-Bas, les organismes d'assurance maladie ont instauré une sorte d'adjudication. La ministre est-elle prête à examiner la possibilité d'instaurer ce système dans notre pays?

22.02 Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Onder meer minister Demotte heeft grondig onderzocht of het kiwimodel implementeerbaar was in ons systeem. Dat bleek niet mogelijk.

Het probleem is dat het Belgische verzekeringssysteem van de gezondheidszorg grondig verschilt van het Nederlandse. In Nederland beheren de acht zorgverzekeraars het gezondheidsbudget. Zij verminderen via openbare aanbestedingen de kosten van de geneesmiddelen zodra er alternatieven beschikbaar zijn. In België gebeuren dergelijke openbare aanbestedingen alleen in de ziekenhuizen en voor de vaccinaties, maar dat is een gemeenschapsbevoegdheid.

Ons land heeft een heel ander systeem voor prijsbeheersing, dat er gekomen is na uitgebreide hoorzittingen. Het Nederlandse systeem is heel anders. Ik heb geprobeerd om binnen ons systeem verdere prijsdalingen toe te passen, onder andere door het invoeren van de *patent cliff*. Daarnaast heb ik de voorschrijfquota ingevoerd en verhoogd. Ook de definitie van 'goedkoopste voorschrift' werd op 1 januari strikter. Al die maatregelen zorgen voor prijsdalingen.

Er is veel over gedebatteerd en voormalig minister Demotte heeft echt alles uit de kast gehaald om een of andere vorm van kiwimodel in te voeren, maar het model is niet compatibel met het Belgische systeem en voor een Nederlands systeem met zorgverzekeraar pas ik. In Nederland zijn er veel langere wachttijden. De zorgverzekeraar maakt de keuze of patiënten wel of niet in aanmerking komen voor een behandeling. Dan kies ik voor ons systeem. En als er openbare aanbestedingen kunnen worden uitgeschreven, zoals voor vaccinatieprogramma's, is dat de aangewezen weg.

22.03 **Raoul Hedebouw** (PTB-GO!): Mijn vraag had betrekking op de agressieve reclamecampagnes. Er werden niet veel antwoorden gegeven.

Ik verkies ons Belgisch stelsel ook boven het kiwimodel, maar onze sociale zekerheid centraliseert de collectieve koopkracht van de Belgische bevolking en de toepassing ervan moet worden vergemakkelijkt, gelet op de krachtsverhoudingen. Ik begrijp dat sommige socialisten in de jaren 2000 afstand hebben genomen van het kiwimodel, maar ik denk dat het kan worden toegepast in België – we hebben een wetsvoorstel in die zin ingediend.

22.02 **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Le ministre Demotte, entre autres, a examiné de manière approfondie l'applicabilité du modèle kiwi dans notre système, mais son application s'est avérée impossible.

Le problème vient du fait que notre système d'assurance des soins de santé diffère fortement du modèle néerlandais. Aux Pays-Bas, le budget santé est géré par les huit compagnies d'assurance de soins. Elles font baisser le coût des médicaments par le biais de marchés publics dès que des alternatives sont disponibles. En Belgique, de tels marchés publics sont uniquement attribués dans les hôpitaux et pour les vaccins, mais il s'agit d'une compétence communautaire.

Notre pays applique un système de maîtrise des prix complètement différent du système néerlandais. Nous l'avons mis en place au terme de longues auditions. J'ai cherché à poursuivre la baisse des prix des médicaments dans le cadre de notre système, en introduisant notamment le *patent cliff*. J'ai ensuite instauré et augmenté les quotas de prescription. De plus, la définition de la "prescription la moins chère" est devenue plus stricte au 1^{er} janvier. Toutes ces mesures ont permis de faire reculer les prix.

Cela a fait l'objet de multiples débats et l'ancien ministre Demotte s'est évertué à introduire l'une ou l'autre forme de modèle kiwi, mais celui-ci n'est pas compatible avec le système belge et je ne suis pas preneuse du système néerlandais et de son assureur en matière de soins. Aux Pays-Bas, les délais d'attente sont nettement plus longs. C'est l'assureur qui décide si le patient peut ou non bénéficier d'un traitement. Je préfère alors notre système. Et la solution idéale me semble, comme pour les programmes de vaccination, de lancer des marchés publics.

22.03 **Raoul Hedebouw** (PTB-GO!): Ma question portait surtout sur les campagnes de publicité agressives. Il n'y a pas eu beaucoup de réponses.

Concernant le modèle kiwi, je préfère aussi le système belge, mais notre Sécurité sociale centralise le pouvoir d'achat collectif de la population belge et l'application devrait en être facilitée, étant donné le rapport de forces. J'entends bien que certains socialistes ont laissé tomber le modèle kiwi dans les années 2000 mais je pense qu'on peut l'obtenir en Belgique – nous avons déposé une proposition de loi en ce sens.

De **voorzitter**: Alle verslagen van de besprekingen over deze thema's staan op de website van de Kamer en op die van de Senaat.

Het incident is gesloten.

De vergadering wordt gesloten om 18.33 uur.

La **présidente**: Tous les rapports de discussions sur ces thèmes se trouvent sur le site de la Chambre et du Sénat.

L'incident est clos.

La réunion publique est levée à 18 h 33.