



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**

**10-05-2017**

**Namiddag**

**Mercredi**

**10-05-2017**

**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 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000	Document parlementaire de la 54 <sup>e</sup> 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)

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

## INHOUD

## SOMMAIRE

Samengevoegde vragen van	1	Questions jointes de	1
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de daghospitalisatie" (nr. 17695)	1	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hospitalisation de jour" (n° 17695)	1
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijging van het aantal poliklinische chirurgische ingrepen" (nr. 17906)	1	- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation du nombre d'opérations en chirurgie de jour" (n° 17906)	1
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de poliklinische chirurgische ingrepen in de Belgische ziekenhuizen" (nr. 17927)	1	- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la chirurgie de jour dans les hôpitaux belges" (n° 17927)	1
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, André Frédéric, Kattrin Jadin, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, André Frédéric, Kattrin Jadin, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van de verpleegkundige bestaafing in ziekenhuizen" (nr. 17697)	3	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des effectifs infirmiers dans les hôpitaux" (n° 17697)	3
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het goedkoop(st) voorschrijven bij specialisten" (nr. 17698)	5	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la campagne 'prescrire le moins cher' auprès des spécialistes" (n° 17698)	5
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Samengevoegde vragen van	5	Questions jointes de	5
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad over een uitgebreide dragerschapsscreening in een reproductieve context" (nr. 17717)	5	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur le dépistage génétique généralisé en contexte de procréation" (n° 17717)	5
- mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad 'Uitgebreide dragerschapsscreening in een reproductieve context. Naar een verantwoorde implementatie in de gezondheidszorg'" (nr. 17873)	6	- Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé intitulé 'Dépistage génétique généralisé en contexte de procréation. Vers une mise en oeuvre responsable dans le système des soins de santé'" (n° 17873)	6
<i>Sprekers: Catherine Fonck, voorzitter van de cdH-fractie, Ine Somers, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Catherine Fonck, présidente du groupe cdH, Ine Somers, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toepassing van de derde-	7	Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'application du tiers-payant pour les prestations	7

betalersregeling voor de logopedische verstrekkingen op school" (nr. 17718) <i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <b>Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		de logopédie dispensées à l'école" (n° 17718) <i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <b>Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen en interpellatie van	8	Questions et interpellation jointes de	8
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de immunoglobulinen voor patiënten met primaire immuundeficiëntie" (nr. 17723)	8	- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des immunoglobulines pour les patients atteints de déficit immunitaire primitif" (n° 17723)	8
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van humane immunoglobulines" (nr. 17937)	8	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des immunoglobulines humaines" (n° 17937)	8
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van humane immunoglobulines in het geval van verworven immunodeficiëntie" (nr. 18236)	8	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des immunoglobulines humaines en cas de déficiences immunitaires acquises" (n° 18236)	8
- mevrouw Catherine Fonck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gewijzigde vergoedingsvoorwaarden voor de geneesmiddelen behorende tot de klasse van de normale menselijke immunoglobulinen" (nr. 212)  <i>Sprekers: Karin Jiroflée, Yoleen Van Camp, Nathalie Muylle, Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <b>Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	9	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le changement des conditions de remboursement pour les médicaments de la classe des immunoglobulines humaines et normales" (n° 212)  <i>Orateurs: Karin Jiroflée, Yoleen Van Camp, Nathalie Muylle, Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <b>Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	9
<i>Moties</i>	13	<i>Motions</i>	13
Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het akkoord tandartsen-ziekenfondsen" (nr. 17780) <i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	14	Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accord dento-mut" (n° 17780) <i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	14
Samengevoegde vragen van	16	Questions jointes de	16
- de heer Alain Top aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de retributies bij dringende medische hulpverlening" (nr. 17828)	16	- M. Alain Top à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les rétributions dans le cadre de l'aide médicale urgente" (n° 17828)	16
- de heer Alain Top aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende medische hulpverlening" (nr. 17992)	16	- M. Alain Top à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 17992)	16
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van de PIT's" (nr. 18238) <i>Sprekers: Alain Top, André Frédéric, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	17	- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation des PIT" (n° 18238) <i>Orateurs: Alain Top, André Frédéric, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	16

Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie van de ziekte van Parkinson" (nr. 17905)	20	Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évolution de la maladie de Parkinson" (n° 17905)	20
<i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	21	Questions jointes de	21
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorstel van de KCE inzake de geneesmiddelenprijzen" (nr. 17908)	21	- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la proposition du KCE concernant le prix des médicaments" (n° 17908)	21
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van een horizon scanning systeem voor farmaceutische producten" (nr. 17956)	21	- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en place d'un système horizon scanning des produits pharmaceutiques" (n° 17956)	21
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gezamenlijk onderhandelen met andere landen over goedkopere geneesmiddelen" (nr. 17959)	21	- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les négociations avec d'autres pays concernant les réductions de prix des médicaments" (n° 17959)	21
<i>Sprekers: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het hergebruik van medische hulpmiddelen" (nr. 17913)	23	Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réutilisation des dispositifs médicaux" (n° 17913)	23
<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	
Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de serieuze bijwerkingen van ADHD-medicatie" (nr. 17914)	25	Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sérieux effets secondaires des médicaments traitant le TDAH" (n° 17914)	25
<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	
Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de praktische aspecten van het elektronische voorschrift" (nr. 17922)	26	Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les aspects pratiques de la prescription électronique" (n° 17922)	26
<i>Sprekers: Véronique Caprasse, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Véronique Caprasse, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NMR's in ziekenhuizen" (nr. 17944)	28	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les RMN dans les hôpitaux" (n° 17944)	28
<i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	30	Question de Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur	30

over "de niet-invasieve prenatale test (NIPT) voor zwangere vrouwen" (nr. 17952)		"le test prénatal non invasif (DPNI) pour les femmes enceintes" (n° 17952)	
<i>Sprekers:</i> <b>Nawal Ben Hamou, Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> <b>Nawal Ben Hamou, Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van een diëtist en een psycholoog bij overgewicht en obesitas" (nr. 17951)	31	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'un diététicien et d'un psychologue en cas de surcharge pondérale et d'obésité" (n° 17951)	31
<i>Sprekers:</i> <b>Yoleen Van Camp, Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> <b>Yoleen Van Camp, Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Natulan" (nr. 17953)	31	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Natulan" (n° 17953)	31
<i>Sprekers:</i> <b>Yoleen Van Camp, Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> <b>Yoleen Van Camp, Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overgangsmaatregelen in het kader van de erkenning van het beroep van psychotherapeut" (nr. 18028)	32	Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures transitoires dans le cadre de la reconnaissance de la profession de psychothérapeute" (n° 18028)	32
<i>Sprekers:</i> <b>Véronique Caprasse, Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> <b>Véronique Caprasse, Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Annick Lambrecht aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "intensieve veeteelt en volksgezondheid in West-Vlaanderen" (nr. 18044)	33	Question de Mme Annick Lambrecht à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'élevage intensif et la santé publique en Flandre occidentale" (n° 18044)	33
<i>Sprekers:</i> <b>Annick Lambrecht, Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> <b>Annick Lambrecht, Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de controles op kerstmarkten in de Kempen" (nr. 18064)	33	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les contrôles effectués sur les marchés de Noël en Campine" (n° 18064)	33
<i>Sprekers:</i> <b>Yoleen Van Camp, Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> <b>Yoleen Van Camp, Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van de heer Dirk Janssens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kandidatuur van België voor de vestiging van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA)" (nr. 18103)	34	Question de M. Dirk Janssens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la candidature de la Belgique pour accueillir le siège de l'Agence européenne des médicaments (AEM)" (n° 18103)	34
<i>Sprekers:</i> <b>Dirk Janssens, Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> <b>Dirk Janssens, Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 10 mei 2017

Namiddag

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

du

MERCREDI 10 mai 2017

Après-midi

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.59 uur. De vergadering wordt voorgezeten door juffrouw Yoleen Van Camp.

De **voorzitter**: Vraag nr. 17644 van de heer Clarinval wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

**01** **Samengevoegde vragen van**

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de daghospitalisatie" (nr. 17695)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijging van het aantal poliklinische chirurgische ingrepen" (nr. 17906)
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de poliklinische chirurgische ingrepen in de Belgische ziekenhuizen" (nr. 17927)

**01.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Vlaanderen blijkt, veel meer dan Wallonië, sterk in te zetten op daghospitalisatie. Het Kenniscentrum wijst erop dat daarmee veel geld kan worden bespaard. Om deze kaart helemaal te kunnen trekken zou de lijst met ingrepen die voor daghospitalisatie in aanmerking komen, moeten worden geactualiseerd. Wanneer zal dat gebeuren?

**01.02** **André Frédéric** (PS): Met uw ziekenhuishervorming wilt u het aantal poliklinische ingrepen doen toenemen. Het recente rapport van het KCE toont aan dat er forse verschillen zijn tussen de praktijken van de verschillende

La discussion des questions et interpellations est ouverte à 14 h 59 sous la présidence de Mlle Yoleen Van Camp.

La **présidente**: La question n° 17644 de M. Clarinval est transformée en question écrite.

**01** **Questions jointes de**

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hospitalisation de jour" (n° 17695)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation du nombre d'opérations en chirurgie de jour" (n° 17906)
- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la chirurgie de jour dans les hôpitaux belges" (n° 17927)

**01.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): La Flandre semble, beaucoup plus que la Wallonie, miser sur l'hospitalisation de jour. Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), des économies considérables peuvent être réalisées dans ce cadre. Pour profiter pleinement de cette possibilité, il faut actualiser la liste des interventions prises en considération pour l'hospitalisation de jour. Quand cette mesure sera-t-elle mise en oeuvre?

**01.02** **André Frédéric** (PS): Dans la réforme des hôpitaux, vous souhaitez augmenter le nombre d'opérations en chirurgie de jour. Le récent rapport du KCE montre une forte disparité des pratiques entre hôpitaux et pointe la complexité et

ziekenhuizen en het KCE wijst erop dat het huidige financieringssysteem, dat complex en incoherent is, de dagchirurgie niet aanmoedigt. De lijst van ingrepen die voor dagchirurgie in aanmerking komen zou verouderd zijn.

Welke maatregelen zullen er in het kader van de ziekenhuishervorming hieromtrent genomen worden? Zult u de lijst van mogelijke poliklinische ingrepen laten herzien? Zo ja, hoe en door wie? Zullen de betrokkenen op het terrein geraadpleegd worden?

**01.03 Katrin Jadin (MR):** Het rapport van het KCE toont aan dat de poliklinische chirurgie beter en vaker zou kunnen worden aangewend. In het rapport wordt de financieringswijze aangemerkt als een van de structurele obstakels die de doeltreffendheid ervan in de weg staan.

Wat is uw analyse van het rapport? Welke verbeteringen stelt het KCE voor?

**01.04 Minister Maggie De Block (Nederlands):** De studie van het Kenniscentrum drukt ons met de neus op de feiten: de financiering van onze ziekenhuizen is te complex. Dat vergt een grote hervorming, waaraan we nu werken. In afwachting kunnen bijvoorbeeld reeds hinderpalen worden weggenomen die nu een dagopname in de weg staan. Er is zeker nog groeimarge voor de dagchirurgie. De verschillen op dit vlak situeren zich niet alleen tussen de regio's, maar ook tussen de verschillende ziekenhuizen en de medische disciplines.

*(Frans)* Er bestaan financiële hinderpalen voor poliklinische chirurgische ingrepen. Zo is er voor de galblaasverwijdering, een ingreep die in andere landen vaker poliklinisch wordt uitgevoerd, in België geen BFM-financiering ('budget financiële middelen') of dagforfait voor het ziekenhuis.

We hebben nota genomen van de aanbevelingen van het KCE. We gaan met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV na welke maatregelen er kunnen worden genomen om poliklinische chirurgische ingrepen aan te moedigen.

*(Nederlands)* Die maatregelen passen in de grotere puzzel van de nieuwe ziekenhuisfinanciering. Obstakels moeten worden weggenomen, maar ondertussen moeten veiligheid en comfort van de patiënt bij daghospitalisatie gegarandeerd blijven. Men zal dus elke situatie individueel moeten

l'incohérence du financement de la chirurgie de jour qui ne la favorise pas. La liste des interventions possibles serait obsolète.

Que prévoit la réforme des hôpitaux à ce sujet? Envisagez-vous de revoir la liste des interventions pratiquées en chirurgie de jour? Si oui, comment et par qui? Les acteurs seront-ils consultés?

**01.03 Katrin Jadin (MR):** Le rapport du KCE montre que la chirurgie de jour pourrait être mieux utilisée et plus fréquemment. Il identifie le mode de financement comme un des obstacles structurels à son efficacité.

Quelle est votre analyse du rapport? Quelles sont les améliorations proposées par le KCE?

**01.04 Maggie De Block, ministre (en néerlandais):** L'étude du Centre fédéral d'expertise nous plonge au cœur même du problème, à savoir la trop grande complexité du mode de financement des hôpitaux. Cette matière requiert une grande réforme que nous sommes occupés à élaborer. Dans l'attente de cette réforme, nous pouvons par exemple déjà lever certains obstacles qui empêchent actuellement un traitement en chirurgie de jour. La situation varie en fonction non seulement de la Région où l'on se trouve, mais également de l'hôpital considéré et des disciplines médicales impliquées.

*(En français)* Des obstacles financiers s'opposent à la chirurgie de jour. Par exemple, dans d'autres pays, l'ablation de la vésicule biliaire est effectuée plus souvent en chirurgie de jour mais en Belgique, aucun financement BMF (budget des moyens financiers) ni forfait journalier n'est prévu pour l'hôpital.

Nous avons pris bonne note des recommandations du KCE. Nous consultons SPF Santé publique et INAMI pour déterminer quelles mesures sont à même d'encourager la chirurgie de jour.

*(En néerlandais)* Ces mesures s'inscrivent dans le cadre plus large du nouveau financement hospitalier. Les obstacles doivent être levés, mais la sécurité et le confort des patients hospitalisés de jour doivent continuer d'être garantis. Chaque situation devra donc être examinée au cas par cas.



bekijken.

**01.05 Yoleen Van Camp (N-VA):** Ik maak uit dit antwoord op dat er niet gewacht hoeft te wachten tot de volledige hervorming van de ziekenhuisfinanciering rond is, om nu al de daghospitalisatie te promoten. Op basis van de cijfers die de minister me bezorgde in antwoord op mijn vraag nr. 183, zeg ik dat Vlaanderen hierin verder staat dan Wallonië: één ingreep op vier in daghospitalisatie versus één op vijf.

**01.06 André Frédéric (PS):** Een cijfermatige analyse van de evolutie van ons gezondheidszorgsysteem en van de kwaliteit ervan waarbij de efficiëntie in de Gemeenschappen wordt vergeleken is altijd interessant!

In uw antwoord verwijst u naar een rapport – en u deelt de bezorgdheid van de auteurs van dat rapport – waarin gepleit wordt voor meer poliklinische chirurgische ingrepen, met waarborgen op het stuk van de veiligheid en kwaliteit en met aanpassingen in functie van de betrokken patiënten. U pleegt daarover al overleg met uw administraties. Ik wacht op uw conclusies. Als ik niets van u verneem, dan zal ik u hierover opnieuw ondervragen.

**01.07 Katrin Jadin (MR):** Ik vind het net zoals u en het KCE belangrijk om die pistes uit te werken. Een en ander moet samengaan met kwaliteitsvolle gezondheidszorg in de ziekenhuizen die zulke diensten zullen herbergen.

In het kader van de delicate door u geplande ziekenhuishervorming lijkt me dat een goed spoor en ik wacht op de resultaten die u ons samen met alle betrokkenen en de FOD Volksgezondheid zult voorstellen.

**01.08 Minister Maggie De Block (Nederlands):** Ik bezorg graag aan de leden de link naar de boeiende studie die het KCE deed naar daghospitalisatie in binnen- en buitenland. Met zulke wetenschappelijk onderbouwde gegevens kan de discussie over de financiering van onze ziekenhuizen objectiever verlopen.

*Het incident is gesloten.*

**02 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van de verpleegkundige bestaafing in ziekenhuizen" (nr. 17697)**

**02.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Als antwoord op

**01.05 Yoleen Van Camp (N-VA):** Je déduis de cette réponse qu'il ne faut pas attendre la fin de la réforme complète du financement hospitalier pour commencer à promouvoir l'hospitalisation de jour. Sur la base des chiffres communiqués par la ministre en réponse à ma question n° 183, je peux affirmer que la Flandre devance la Wallonie sur ce point: en effet, une intervention sur quatre s'effectue dans le cadre d'une hospitalisation de jour, contre une sur cinq en Wallonie.

**01.06 André Frédéric (PS):** L'analyse de l'évolution de notre système de santé et sa qualité, sur base de chiffres mettant en compétition l'efficacité des Communautés, est toujours intéressante!

Votre réponse met en évidence un rapport – dont vous partagez la préoccupation – d'augmenter ce type d'interventions de jours avec des éléments de garantie de sécurité et de qualité ainsi que l'adaptation en fonction des personnes subissant ces interventions. Vous avez entamé une concertation avec vos administrations. J'attends vos conclusions. Sans nouvelles de votre part, nous reviendrons donc vers vous.

**01.07 Katrin Jadin (MR):** Je partage avec vous et le KCE l'intérêt de développer ces pistes; elles doivent aller de pair avec des soins de santé de qualité dans les hôpitaux qui accueilleront ces services.

Dans le cadre de la délicate réforme des hôpitaux que vous envisagez, j'y vois une piste et attends les résultats que vous nous proposerez avec tous les acteurs et le SPF Santé.

**01.08 Maggie De Block, ministre (en néerlandais):** Je transmettrai volontiers aux membres l'étude passionnante que le KCE a menée concernant l'hospitalisation de jour en Belgique et à l'étranger. Grâce à ces données dûment étayées sur le plan scientifique, il sera possible de discuter plus objectivement du financement de nos hôpitaux.

*L'incident est clos.*

**02 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des effectifs infirmiers dans les hôpitaux" (n° 17697)**

**02.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** En réponse à

mijn vraag over normbestaffing en de financiering van het zorgpersoneel in de zorginstellingen ontving ik een lijst van het aantal verpleegkundigen dat per dienst gefinancierd wordt en van de reële bestaffing.

Kan de minister deze tabel aanvullen met het exacte aantal voltijdse equivalenten en VTE's per bed die boven op de normbestaffing via het BFM gefinancierd worden?

**02.02** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Dit zijn de belangrijkste uitbreidingen voor het zorgpersoneel aan bed. In 1990 kwam er één voltijdse equivalent bij per 30 erkende bedden, dus alle bedden exclusief de kenletters K, SP. In 1994 en 1997 was er een verhoging enkel voor de K-dienst. In 1999 kwam er één KVE voor de organisatie van ludieke activiteiten en één voor psychosociale ondersteuning per erkende E-dienst. In 1998 kwamen er voor de mobiele equipes 0,5 VTE per 30 erkende C-, D-, E- en H-bedden bij. In 1999 kwamen voor de mobiele equipes 0,5 VTE per 30 erkende C-, D-, E- en H-bedden bij.

Het KB van 2002 betrof opnieuw de mobiele equipes. De eerste fase was een proefproject, bij de tweede en derde fase kwamen er 0,5 VTE bij per 30 bedden van elke categorie. Met betrekking tot dit KB is er door het miniakkoord van 2011 een nationaal aantal van 125 VTE bijgekomen voor mobiele equipes.

Het sociaal akkoord 2005-2010 voorzag in supplementair personeel voor de operatiekwartieren. Er waren ook 0,5 VTE voor ziekenhuizen met minder dan 5 operatiezalen, 1 voor ziekenhuizen tussen 5 en 10 operatiezalen en 1,5 voor een ziekenhuis met meer dan 10 gefinancierde operatiezalen.

Ook voor de nachtequipes werd er 1 half- of voltijds personeelslid per 60 bedden bij gedaan.

Het is moeilijk de som te maken omdat niet alle regelingen gelijktijdig van kracht gingen.

**02.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Bedankt, op basis van de volledige lijst moet ik nagaan of er een groot verschil is tussen de reële bestaffing en de normbestaffing.

Inzetten op zorgpersoneel is goed en ik meen dat ziekenhuizen die dit doen, beloond moeten worden. Hiermee dient men dus ook rekening te houden bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

ma question relative à l'effectif et au financement du personnel soignant des établissements de soins, j'ai reçu une liste présentant le nombre d'infirmiers financés par service et les effectifs réels.

La ministre peut-elle compléter ce tableau en y ajoutant le nombre exact d'équivalents temps plein et d'ETP par lit et financés par le BMF au-delà de l'effectif fixé?

**02.02** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Il s'agit là des principales augmentations de personnel soignant au lit. En 1990, un équivalent temps plein a été adjoint pour 30 lits agréés, tous les lits donc, à l'exception des lits d'indices K et Sp. En 1994 et en 1997, une augmentation a eu lieu pour le seul service K. En 1999, un équivalent temps-plein pour l'organisation d'activités ludiques et un pour le soutien psychosocial ont été adjoints pour chaque service E agréé. En 1998, 0,5 ETP pour 30 lits C, D, E et H agréés a été adjoint pour les équipes mobiles. En 1999, 0,5 ETP a été adjoint pour 30 lits C, D, E et H agréés pour les équipes mobiles.

L'AR de 2002 concernait à nouveau les équipes mobiles. La première phase était un projet pilote, au cours de la deuxième et de la troisième phase, 0,5 ETP pour 30 lits de chaque catégorie a été adjoint. En ce qui concerne cet AR, 125 ETP au niveau national ont été adjoints aux équipes mobiles par le mini-accord de 2011.

L'accord social 2005-2010 prévoyait du personnel supplémentaire pour les blocs opératoires. Il comprenait également 0,5 ETP pour les hôpitaux comptant moins de 5 salles d'opération, 1 ETP pour ceux qui en comptaient entre 5 et 10, et 1,5 ETP pour ceux qui financent plus de 10 salles d'opération.

Pour les équipes de nuit également, un demi ou un ETP par 60 lits a été adjoint.

Il est difficile de faire la somme des ETP adjoints car toutes les dispositions ne sont pas entrées en application en même temps.

**02.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Je vous remercie. Je dois à présent vérifier sur la base de la liste complète s'il existe une grande différence entre les effectifs réels et la norme.

Le recours à du personnel soignant est positif et j'estime que les hôpitaux qui le font doivent être récompensés. Il convient donc de tenir également compte de cet aspect dans le cadre de la réforme

Wij blijven de hervorming van de minister zeker steunen.

*Het incident is gesloten.*

**03** Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het goedkoop(st) voorschrijven bij specialisten" (nr. 17698)

**03.01** Yoleen Van Camp (N-VA): Deze regering werkt aan het betaalbaar houden van de medische factuur voor de patiënt en van onze sociale zekerheid in het algemeen. Daarom moet er worden ingezet op goedkoop voorschrijven.

Als men kwaliteit kan handhaven tegen een lagere prijs, waarom zou men dan nodeloos dure medicijnen voorschrijven? Huisartsen gaan hierin voor een groot stuk al mee, maar doen de specialisten dat ook? Zullen ook zij worden gesensibiliseerd?

**03.02** Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Voor de specialisten gelden dezelfde principes als voor de huisartsen inzake het goedkoop voorschrijven. De goede wil is er, maar dat principe is bij de specialisten niet altijd even strak na te leven, aangezien het vaak om zeer specifieke medicijnen gaat die nog onder patent staan. Het RIZIV geeft regelmatig informatie over de definitie van goedkoop voorschrijven.

In het eerste trimester van 2015 schreven specialisten voor 40% goedkoop voor. Na onze sensibiliseringsactie steeg dat percentage naar 45%. De huisartsen zaten ondertussen al aan 49%, de tandartsen zelfs aan 80%. De oncologen halen maar 31%, maar dat is niet te verwonderen, omdat die nieuwe moleculen nog binnen patent vallen en iedereen graag behandeld wordt met de beste medicatie. Ik bezorg de tabel aan mevrouw Van Camp.

**03.03** Yoleen Van Camp (N-VA): Dit zijn cijfers om trots op te zijn. Oordeelkundig voorschrijfgedrag is niet alleen voor de maatschappij een besparing, maar ook voor de patiënten.

*Het incident is gesloten.*

**04** **Samengevoegde vragen van - mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het**

du financement des hôpitaux.

Nous continuons en tout cas à soutenir la réforme du ministre.

*L'incident est clos.*

**03** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la campagne 'prescrire le moins cher' auprès des spécialistes" (n° 17698)

**03.01** Yoleen Van Camp (N-VA): Ce gouvernement cherche à faire en sorte que la facture médicale reste abordable pour les patients et la sécurité sociale en général. C'est pourquoi il convient de miser sur la prescription bon marché.

Si l'on peut maintenir la qualité à un prix moins élevé, pourquoi faudrait-il prescrire inutilement des médicaments chers? Les généralistes sont déjà largement convaincus mais qu'en est-il des spécialistes? Seront-ils également sensibilisés?

**03.02** **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): S'agissant de la prescription bon marché, les spécialistes sont soumis aux mêmes principes que les généralistes. La bonne volonté est réelle mais ce principe ne peut pas toujours être appliqué avec la même rigueur par les spécialistes en ce sens qu'il s'agit fréquemment de médicaments très spécifiques qui sont encore sous brevet. L'INAMI fournit régulièrement des informations concernant la définition de la prescription bon marché.

Au cours du premier trimestre 2015, les spécialistes ont opté pour la prescription bon marché dans 40 % des cas. Après notre campagne de sensibilisation, ce pourcentage a grimpé à 45 %. Dans l'intervalle, les généralistes avaient déjà atteint 49 % et les dentistes étaient même à 80 %. Les oncologues n'atteignent que 31 %, ce qui n'est guère surprenant parce que ces nouvelles molécules sont encore sous brevet et chaque patient souhaite bénéficier de la meilleure médication. Je ferai parvenir le tableau à Mme Van Camp.

**03.03** Yoleen Van Camp (N-VA): Il s'agit de chiffres dont on peut être fier. Un comportement prescripteur judicieux constitue une économie pour la société mais aussi pour les patients.

*L'incident est clos.*

**04** **Questions jointes de - Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du**

advies van de Hoge Gezondheidsraad over een uitgebreide dragerschapsscreening in een reproductieve context" (nr. 17717)

- mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad 'Uitgebreide dragerschapsscreening in een reproductieve context. Naar een verantwoorde implementatie in de gezondheidszorg'" (nr. 17873)

Conseil Supérieur de la Santé sur le dépistage génétique généralisé en contexte de procréation" (n° 17717)

- Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé intitulé 'Dépistage génétique généralisé en contexte de procréation. Vers une mise en oeuvre responsable dans le système des soins de santé'" (n° 17873)

**04.01 Catherine Fonck** (cdH): Wat vindt u van het rapport van de Hoge Gezondheidsraad over een uitgebreide dragerschapsscreening in een reproductieve context? Zult u een advies vragen aan het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek? Hebt u de centra voor genetica, de gynaecologen, de verloskundigen, de artsen en de patiëntenverenigingen hierover geraadpleegd? Een proefproject zou welkom zijn...

**04.01 Catherine Fonck** (cdH): Que pensez-vous du rapport du Conseil Supérieur de la Santé sur le dépistage génétique généralisé en contexte de procréation? Comptez-vous demander un avis au Comité consultatif de Bioéthique? Avez-vous consulté les centres de génétique, les gynécologues, les obstétriciens, les généralistes et les associations de patients sur cette question? Un projet pilote serait le bienvenu...

**04.02 Ine Somers** (Open Vld): De Hoge Gezondheidsraad heeft een opmerkelijk advies geformuleerd met betrekking tot de dragersscreening in reproductieve context. De Raad stelt voor om een proefproject op te starten en om een advies te vragen aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek.

**04.02 Ine Somers** (Open Vld): Le Conseil Supérieur de la Santé a formulé un avis assez singulier à propos du dépistage génétique généralisé en contexte de procréation. Le Conseil propose de lancer un projet pilote et de demander un avis au Comité Consultatif de Bioéthique.

Hoe staat de minister tegenover dit dubbele advies?

Quelle position la ministre adopte-t-elle à l'égard de ce double avis?

**04.03 Minister Maggie De Block** (*Frans*): Ik heb kennisgenomen van het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Voordat ik het advies vraag van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, wil ik de betrokkenen op het terrein raadplegen over preconceptionele dragerschapsscreening. Het algemeen invoeren van deze screening doet ethische vragen rijzen, met name over het verband tussen het soort informatie die wordt verkregen en het nut ervan voor een vrouw met een kinderwens. Los van het belang voor de volksgezondheid moet men ook nagaan wat de impact van de informatie is op de eventuele toekomstige ouders.

**04.03 Maggie De Block**, ministre (*en français*): J'ai pris connaissance de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé. Avant de solliciter l'avis du Comité consultatif de Bioéthique, je souhaite consulter les acteurs de terrain sur le dépistage génétique avant grossesse. Généraliser cette pratique soulève des questions éthiques, notamment le rapport entre le type d'information recueillie et son utilité pour la femme souhaitant un enfant. De plus, au-delà de l'intérêt de Santé publique, il faut mesurer l'impact de cette information sur les potentiels futurs parents.

(*Nederlands*) Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek zal om advies worden gevraagd over een eventuele implementatie van de aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad.

(*En néerlandais*) L'avis du Comité consultatif de Bioéthique sera recueilli à propos d'une éventuelle exécution de la recommandation du Conseil Supérieur de la Santé.

In eerste instantie moet men kijken naar de genetisch gedetermineerde aandoeningen die vrij prevalent zijn.

Dans un premier temps, il conviendra de déterminer quelles maladies génétiques présentent un degré élevé de prévalence.

Er moet ook een breed maatschappelijk en medisch draagvlak zijn voor de nieuwe testen. De test zelf is niet het probleem, maar wel de counseling achteraf,

Les nouveaux tests devront en outre emporter l'adhésion d'une large frange de la population et de la communauté médicale. Le test lui-même ne fait

want uiteindelijk zijn het de (kandidaat-)ouders die moeten beslissen over de zwangerschap. De counseling moet dus doordacht, voorzichtig en ethisch verantwoord gebeuren.

Ik sluit een proefproject niet uit, maar het is zeker nog te prematuur dat nu te plannen.

**04.04 Catherine Fonck** (cdH): We kunnen dit dossier niet laten liggen. Het is goed dat u het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek hebt gevraagd. We kennen de autosomaal X-gebonden aandoeningen, daarover is er geen studie nodig. Men kan prioriteit geven aan pathogene mutaties met een sterke penetratie en een zwakke variabele expressiviteit. De algemene screeningpanels moeten de ernstige aandoeningen omvatten waarvoor de behandelingen bijzonder zwaar zijn. Het gaat niet alleen om het opsporen van risico's, maar ook om een betere begeleiding van de ouders.

**04.05 Ine Somers** (Open Vld): Het is goed dat men eerst advies wil inwinnen bij het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Voor het overige merk ik een voorzichtige houding bij de minister: gelet op de vele juridische en ethische aspecten en de privacykwestie, moeten de testen inderdaad in een veel ruimere context worden bekeken.

*Het incident is gesloten.*

**05 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toepassing van de derde-betalersregeling voor de logopedische verstrekkingen op school" (nr. 17718)**

**05.01 Catherine Fonck** (cdH): Het koninklijk besluit van 2005 formuleert een algemeen principe inzake de gezondheidszorgverzekering: de derde-betalersregeling kan steeds worden toegepast op de bijdrage van de verzekering in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen.

U maakt echter aanstalten om de derde-betalersregeling te verbieden voor logopedische verstrekkingen op school. Dit gaat verder dan de overeenkomst tussen de logopedisten en de verzekeringsinstellingen vermits u een koninklijk besluit zou uitvaardigen en op die manier zou afwijken van het algemeen principe.

Logopedische verstrekkingen op school garanderen

pas problème. C'est sur le plan de la consultance a posteriori que le bât blesse car au final ce sont les (candidats-) parents eux-mêmes qui doivent prendre la décision concernant la grossesse. La consultance doit donc être mûrement réfléchie, prudente et éthiquement responsable.

Je n'exclus pas un projet pilote mais il serait très prématuré de le programmer dès maintenant.

**04.04 Catherine Fonck** (cdH): On ne peut laisser ce dossier de côté: tant mieux si vous avez demandé l'avis de la commission de bioéthique. On connaît les maladies autosomiques liées à l'X: pas besoin d'analyse. On peut se focaliser sur les mutations pathogènes à forte pénétrance et à faible expression variable. Les panels généralisés devraient comprendre les troubles graves pour lesquels les traitements sont particulièrement lourds. Le tout n'est pas d'identifier les risques mais de faciliter l'accompagnement des familles.

**04.05 Ine Somers** (Open Vld): Je me réjouis que l'on veuille d'abord recueillir l'avis du Comité consultatif de Bioéthique. Pour le reste, je remarque que la ministre agit avec circonspection: étant donné les nombreux aspects juridiques et éthiques liés à ce dossier, ainsi que la question du respect de la vie privée, il convient en effet d'étudier le dossier des tests dans un contexte beaucoup plus large.

*L'incident est clos.*

**05 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'application du tiers-payant pour les prestations de logopédie dispensées à l'école" (n° 17718)**

**05.01 Catherine Fonck** (cdH): L'arrêté royal de 2005 énonce un principe général en matière d'assurance des soins de santé: le régime du tiers-payant peut toujours être appliqué pour l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé.

Or vous vous apprêteriez à interdire le recours au tiers-payant pour les prestations de logopédie au sein des écoles. Cela va plus loin que la convention conclue entre les logopèdes et les organismes assureurs, puisque vous adopteriez un arrêté royal et que, par là, vous dérogeriez au principe général.

Pourtant, lorsque des enfants, surtout les plus

nochtans dat kinderen, vooral de meest kwetsbare, behandeld worden, vergemakkelijken de organisatie en zorgen ervoor dat kinderen met een beperking een laagdrempelige toegang krijgen tot deze zorg. En u, u verwijst hen naar privépraktijken!

Vaardig dit koninklijk besluit niet uit en laten wij de bepaling weer bespreken in het kader van de Logo-Mut-conventie.

**05.02** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): De Conventiecommissie, die overeenkomsten tussen logopedisten en verzekeringsinstellingen sluit, heeft in de tekst van de conventie 2016-2017 de bepalingen betreffende het verbod op de toepassing van de derde-betalersregeling voor de logopedische verstrekkingen op school, zoals die in de vorige conventie stonden, overeenkomstig het koninklijk besluit van 18 september 2015 niet opgenomen.

De Conventiecommissie heeft voorgesteld het koninklijk besluit van 18 september 2015 te wijzigen en op basis daarvan zal er binnenkort een koninklijk besluit worden uitgevaardigd dat het verbod op de toepassing van de derde-betalersregeling voor de logopedische verstrekkingen op school opnieuw zal instellen.

**05.03** **Catherine Fonck** (cdH): U kunt, door logopediesessies op school te organiseren, zorgen voor een laagdrempelige toegang tot zorg voor deze kinderen en hun ouders helpen bij de organisatie ervan, maar om louter budgettaire redenen weigert u dat te doen. Dit is een vergissing en een enorme stap achteruit voor deze kwetsbare, vaak gehandicapte kinderen die in het reguliere onderwijs zitten. Logopedie verhoogt bovendien hun slaagkansen en zorgt bijgevolg voor hun integratie in de maatschappij. Deze maatregel heeft een negatief effect op lange termijn. Ik vraag u met aandrang om dit ongedaan te maken.

*Het incident is gesloten.*

**06** **Samengevoegde vragen en interpellatie van**  
 - mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de immunoglobulinen voor patiënten met primaire immuundeficiëntie" (nr. 17723)  
 - juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van humane immunoglobulines" (nr. 17937)  
 - mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van humane immunoglobulines in het geval van verworven immunodeficiëntie"

vulnérables, peuvent bénéficier de la logopédie à l'école, cela garantit leur prise en charge, facilite l'organisation et assure un accès simple aux enfants porteurs de handicaps. Vous, vous les renvoyez vers le cabinet privé!

Ne prenez pas cet arrêté royal et rediscutons de cette disposition dans le cadre de la convention LOGOMUT.

**05.02** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): La Commission de conventions entre logopèdes et organismes assureurs n'a pas repris dans le texte de la convention 2016-2017 les dispositions relatives à l'interdiction de pratiquer le régime du tiers-payant pour les prestations dispensées à l'école, telles qu'elles figuraient dans le texte de la précédente convention, en application de l'arrêté royal du 18 septembre 2015.

La Commission de conventions a proposé une modification de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 et, sur cette base, sera pris prochainement un arrêté royal qui rétablira l'interdiction de pratiquer le tiers-payant pour les prestations de logopédie à l'école.

**05.03** **Catherine Fonck** (cdH): Pour des raisons purement budgétaires, vous privez ces enfants d'une facilité d'accès aux soins et leur famille d'une facilité d'organisation, puisque les séances de logopédie pouvaient être organisées à l'école. C'est une erreur et un terrible recul pour ces enfants vulnérables, dont certains souffrent d'un handicap, et qui sont dans l'enseignement ordinaire. Or, la logopédie peut les aider à réussir leur scolarité, et partant leur intégration dans la société. Cette mesure aura un impact négatif sur le long terme, faites machine arrière, je vous en conjure.

*L'incident est clos.*

**06** **Questions et interpellation jointes de**  
 - Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des immunoglobulines pour les patients atteints de déficit immunitaire primitif" (n° 17723)  
 - Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des immunoglobulines humaines" (n° 17937)  
 - Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des immunoglobulines humaines en cas de déficiences immunitaires"

(nr. 18236)

- mevrouw Catherine Fonck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gewijzigde vergoedingsvoorwaarden voor de geneesmiddelen behorende tot de klasse van de normale menselijke immunoglobulinen" (nr. 212)

**06.01 Karin Jiroflée** (sp.a): Onlangs werd beslist de terugbetaling van de immunoglobuline voor patiënten met een immunodeficiëntie drastisch te beperken of in bepaalde gevallen af te schaffen. Ik neem de minister dat niet kwalijk, maar heb wel een aantal vragen.

Hoe werden de artsen en patiënten hierover geïnformeerd? Zal het geneesmiddel in de toekomst nog worden geregistreerd? Worden artsen gesensibiliseerd over hun voorschrijfgedrag? Wat behelst de overgangsmaatregel? Klopt het dat er heel lange wachttijden zijn bij immunologen voor een erkenning als patiënt met primaire immunodeficiëntie?

**06.02 Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik veronderstel dat deze beslissing is genomen op basis van wetenschappelijke bevindingen. Over welke studies gaat het dan?

Daarnaast hoorde ik ook dat er tussen aankondiging en inwerkingtreding slechts één week lag. Hoe werd dit gecommuniceerd en hoe verloopt de communicatie normaal? Kan de minister verduidelijken wie en onder welke voorwaarden wel nog kan rekenen op terugbetaling? Welke behandeling is het meest aangewezen voor patiënten die niet meer in aanmerking komen? Hoeveel patiënten werden getroffen door deze beslissing? Hoe wordt het onderscheid tussen primaire en secundaire immunodeficiëntie gemaakt?

**06.03 Nathalie Muylle** (CD&V): Van één groep patiënten is het type niet gedefinieerd. Voor hen is er wel een overgangsmaatregel waarbij ze zich tot een arts van de Belgian Primary Immunodeficiency Group moeten richten. Blijkbaar is het moeilijk om een afspraak te pakken te krijgen.

Kunnen zij tot aan die consultatie rekenen op een terugbetaling? Zijn er voor degenen die geen terugbetaling meer krijgen, voldoende alternatieven en worden zij voldoende geïnformeerd over andere behandelingen?

acquises" (n° 18236)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le changement des conditions de remboursement pour les médicaments de la classe des immunoglobulines humaines et normales" (n° 212)

**06.01 Karin Jiroflée** (sp.a): Il a été récemment décidé que le remboursement des immunoglobulines pour les patients atteints de déficit immunitaire serait dorénavant limité de manière draconienne, voire dans certains cas, supprimé. Sans en vouloir à la ministre, je voudrais néanmoins lui poser quelques questions.

De quelle manière les médecins et les patients ont-ils été informés? Ce médicament sera-t-il encore enregistré à l'avenir? Les médecins seront-ils sensibilisés par rapport à leur comportement en matière de prescription? En quoi consiste la mesure transitoire? Est-il vrai qu'il faut patienter très longtemps pour obtenir une reconnaissance de déficit immunitaire primaire chez un immunologiste?

**06.02 Yoleen Van Camp** (N-VA): Je suppose que cette décision a été prise sur la base de conclusions scientifiques. À quelles études renvoient-elles?

J'ai en outre appris qu'une semaine seulement s'était écoulée entre l'annonce et l'entrée en vigueur de cette mesure. Comment a-t-il été communiqué à ce sujet et comment les choses se déroulent-elles habituellement? La ministre peut-elle préciser qui peut encore compter sur un remboursement et à quelles conditions? Quel traitement est-il le plus indiqué pour les patients qui n'ont plus droit au remboursement? Combien de patients sont-ils concernés par cette décision? Comment opère-t-on la distinction entre déficit immunitaire primitif et secondaire?

**06.03 Nathalie Muylle** (CD&V): Pour un seul groupe de patients, le type n'a pas encore été défini. Pour ceux-là, une mesure transitoire a été prévue. Dans ce cadre, il leur est demandé de consulter un médecin du Belgian Primary Immunodeficiency Group mais il est apparemment difficile d'obtenir un rendez-vous.

Ces patients pourront-ils continuer à être remboursés jusqu'au moment de la consultation? Existe-t-il suffisamment de solutions de rechange pour ceux qui seront privés de remboursement? Recevront-ils suffisamment d'informations sur d'autres possibilités de traitement?

**06.04 Catherine Fonck** (cdH): Ik vertolk het onbegrip van met immunoglobulines behandelde patiënten en hun naasten. In 2010 liet de Hoge Gezondheidsraad zich in zijn advies zeer voorzichtig uit. De HGR adviseerde om de wetenschappelijke ontwikkelingen te volgen en de indicaties regelmatig daaraan aan te passen en om alert te zijn op de wijze waarop die behandelingen worden voorgeschreven en toegepast en rekening te houden met de mogelijke alternatieven. Ik wil erop wijzen dat die patiënten vaak een lange en zware medische voorgeschiedenis hebben.

Waarom hebt u de regels gewijzigd en bepaalde patiënten de toegang tot die behandeling ontzegd? Hoe zal de herevaluatie van de andere patiënten verlopen? Dat moet gebeuren door artsen die lid zijn van de Belgian Primary Immune Deficiency Group (BPIDG), maar in de provincies Henegouwen, Luik en Namen zijn die artsen op de vingers van een hand te tellen en in West-Vlaanderen en Luxemburg zijn er helemaal geen.

In Vlaams-Brabant en Brussel-Hoofdstad zijn er de meeste van die artsen. Men kan zich afvragen hoe deze patiënten, die overigens door een huisarts en vaak ook door specialisten opgevolgd worden, dit klinische onderzoek zullen kunnen ondergaan. Men kan zich ook vragen stellen over de manier waarop een alternatieve behandeling overwogen en gekozen zal kunnen worden. Veel patiënten volgen al lange tijd behandelingen, die regelmatig in functie van het aantal infecties en complicaties herbekeken worden.

Ik ben zeer verbaasd over de overgangsmaatregelen die u vooropstelt en over de bijzonder korte termijnen voor het maken van een afspraak bij een arts die op uw shortlist staat.

Men kan zich tot slot vragen stellen over de gebrekkige informatie of zelfs het gebrek aan informatie voor het verzorgend personeel, voor de patiënten, maar ook voor de artsen van de BPIDG die binnen heel korte tijd nieuwe patiënten zullen moeten zien om hen opnieuw te evalueren.

Wat is het kostenplaatje voor de Staat en voor de patiënten die geen recht meer zullen hebben op terugbetaling, maar die hun behandeling om medische redenen zullen moeten voortzetten?

**06.05 Minister Maggie De Block** (*Frans*): De terugbetalingsvoorwaarden voor humane normale immunoglobulines voor intraveneuze en subcutane toediening bij patiënten met primaire immuundeficiëntie zijn niet gewijzigd.

**06.04 Catherine Fonck** (cdH): Je relaie l'incompréhension de patients traités par immunoglobulines et de leurs proches. En 2010, j'avais lu l'avis du Conseil Supérieur de la Santé qui était très prudent. Il recommandait de suivre régulièrement l'évolution scientifique et d'être attentif à la manière dont on décidait et appliquait ces traitements et à leurs possibles alternatives. Je veux rappeler que ces patients ont souvent une histoire médicale longue et lourde.

Pourquoi avoir changé les règles et supprimé l'accès au traitement à certains patients? Pouvez-vous expliquer comment se passera la réévaluation pour les autres par un médecin du Belgian Primary Immune Deficiency Group (BPIDG), très peu représentés dans les provinces de Hainaut, de Liège, de Namur, et absents dans les provinces de Flandre occidentale et de Luxembourg?

Les provinces du Brabant flamand et de Bruxelles-Capitale en comptent le plus. On peut se demander comment ces patients, par ailleurs suivis par un médecin généraliste et souvent aussi par des spécialistes, accéderont à cette réévaluation clinique. On peut aussi s'interroger sur la manière dont le traitement alternatif pourra être envisagé et décidé. Nombre de ces malades suivent de longue date des traitements qui sont réexaminés régulièrement en fonction notamment du nombre d'infections et des complications.

Je suis extrêmement étonnée des transitions que vous prévoyez et des délais particulièrement courts pour bénéficier d'une réévaluation par les médecins désignés dans votre *short list*.

Enfin, on peut s'interroger sur la manière dont vous avez informé les soignants, les patients qui ont reçu des indications lacunaires voire inexistantes, mais aussi les médecins du BPIDG qui vont devoir recevoir dans des délais très courts de nouveaux patients en réévaluation.

Combien cela coûtera-t-il à l'État et aux patients privés du remboursement qui devront malgré tout poursuivre leur traitement pour raison médicale?

**06.05 Maggie De Block**, ministre (*en français*): Aucune modification n'a été apportée aux conditions de remboursement des immunoglobulines humaines et normales à administration intraveineuse et sous-cutanée chez les patients atteints d'une immunodéficience



primaire.

Volgens Pharmanet bedroegen de nettokosten van de terugbetaling door het RIZIV 31 miljoen euro in 2007 en 79 miljoen in 2015. Dat wijst op een sterke stijging van het aantal patiënten. Vanwaar die stijging? Krijgen alle patiënten de juiste behandeling? De voorraad immunoglobuline is beperkt, aangezien plasma de enige bron is. Er moet voorzichtig mee worden omgesprongen en er moet voor gezorgd worden dat wie die behandeling echt nodig heeft, die ook kan krijgen.

De klinische wetenschappelijk analyse strookte met de gebruikelijke CTG-procedure, die steunt op een analyse van de recente literatuur over het onderwerp. Er is niets ondernomen om de terugbetaling te handhaven voor een verworven algemene immuundeficiëntie, dus niet een primaire immuundeficiëntie.

*(Nederlands)* De vergoedingsvoorwaarden werden op basis van wetenschappelijke bevindingen uitgebreid voor sommige secundaire immuundeficiëntiestoornissen. Dit werd door het RIZIV, zoals steeds, via de website gecommuniceerd.

Voor de behandeling van patiënten met een primaire immuundeficiëntie zijn in België de gecommercialiseerde normale humane immunoglobulinen geïndiceerd. Op enkele uitzonderingen na heeft geen enkel immunoglobuline een geregistreerde indicatie voor een secundaire immuundeficiëntiestoornis. Enkel de fabrikant kan het geneesmiddel voor een bijkomende indicatie laten registreren.

De arts dient in bijlage A te attesteren voor welke vergoedbare indicatie de vergoedbaarheid wordt aangevraagd. Er wordt niet in verdere sensibilisering van de artsen voorzien.

*(Frans)* Patiënten die een terugbetaling kregen voor de behandeling van een secundaire immuundeficiëntie, kunnen ook aan een al dan niet bekende onderliggende primaire immuundeficiëntie lijden. Men kent hun aantal nog niet, maar het zou over 20 tot 50% van de patiënten met een secundaire immuunstoornis kunnen gaan.

We zullen wel degelijk in een overgangsregeling voorzien. Aangezien de diagnose van een primaire immuundeficiëntie en de behandeling met normale menselijke immunoglobulines moeten worden uitgevoerd in overeenstemming met de sinds 2014 geldende terugbetalingsvoorwaarden en door een arts van de BPIDG moeten worden bevestigd, kan

Selon Pharmanet, le coût net de ce remboursement pour l'INAMI était de 31 millions d'euros en 2007 et de 79 millions en 2015. Ceci laisse supposer une forte augmentation du nombre de patients. D'où vient-elle? Tous ces patients reçoivent-ils le bon traitement? Le stock d'immunoglobuline est limité, le plasma étant la seule source. Il faut le gérer avec prudence et faire en sorte que ceux qui ont vraiment besoin de ce traitement puissent le recevoir.

L'analyse scientifique clinique était conforme à la procédure CRM habituelle basée sur une analyse de la littérature récente en la matière. Il n'y a eu aucune intervention en vue de maintenir le remboursement pour une immunodéficiences acquise générale plutôt que pour une immunodéficiences primaire.

*(En néerlandais)* Les conditions de remboursement ont été élargies, sur la base de constats scientifiques, à certains troubles du déficit immunitaire secondaire. L'information a été communiquée par l'INAMI, qui l'a publiée comme toujours sur son site web.

Pour le traitement des patients atteints de déficiences immunitaires primaires, les immunoglobulines humaines normales commercialisées en Belgique sont indiquées. À quelques exceptions près, aucune immunoglobuline n'a une indication enregistrée pour un déficit immunitaire secondaire. Seul le fabricant peut faire enregistrer le médicament pour une indication supplémentaire.

Le médecin doit indiquer à l'annexe A l'indication remboursable pour laquelle le remboursement est demandé. Il n'est pas prévu de sensibilisation plus poussée des médecins.

*(En français)* Des patients qui bénéficiaient d'une indemnisation pour le traitement d'une immunodéficiences secondaire peuvent présenter également une immunodéficiences primaire sous-jacente, connue ou non. Leur nombre n'est pas encore connu mais ils pourraient être 20 à 50 %.

Nous prévoyons bel et bien un régime transitoire. Comme le diagnostic d'une immunodéficiences primaire et le traitement par immunoglobuline humaine et normale doivent s'effectuer conformément aux conditions de remboursement en vigueur depuis 2014 et être confirmé par un médecin faisant partie du BPIDG, le pharmacien

de ziekenhuisapotheker tot de diagnose of de bevestiging wachten om de geneesmiddelen aan te rekenen. Die maatregel vervalt op 1 oktober.

*(Nederlands)* Belangrijk is ook dat patiënten met een geldige machtiging van vergoedbaarheid voor een secundaire immuundeficiëntie deze machtiging blijven behouden tot deze afloopt na een maximale periode van twaalf maanden.

Dit stond allemaal te lezen op de website van het RIVIZ, maar werd vaak door artsen niet correct gecommuniceerd aan de patiënten, wat heeft geleid tot een paniecreactie. Aangezien men indicaties toegevoegd heeft, gaat het niet om een besparing. Binnen de zes maanden moet er wel advies gevraagd worden bij een arts met kennis van zaken.

Tot nu toe was de consultatie één keer per jaar niet nodig. Een van de argumenten hiervoor waren de wachtrijen. Het RIZIV heeft echter vastgesteld dat dit niet meer het geval is door het feit dat al wie nu al een primaire deficiëntie heeft, niet meer op consult hoeft te gaan

Voor zeldzame aandoeningen is het uiteraard een uitdaging om deze specialisten beter geografisch te verdelen. Om evidencebased te kunnen werken komt daarbij dat men zich soms één keer per jaar naar een arts zal moeten begeven.

Ik begrijp de emotie, maar wij trachten op een wetenschappelijk onderbouwde manier te werken en willen de immunoglobulines blijven geven aan de mensen die ze nodig hebben.

**06.06 Karin Jiroflée** (sp.a): Ik stel op dit moment de maatregel zelf niet ter discussie, maar de communicatie erover had heel wat beter gekund.

**06.07 Yoleen Van Camp** (N-VA): Het is belangrijk dat beslissingen gebaseerd zijn op wetenschappelijke bevindingen. We moeten de middelen reserveren voor wie ze echt nodig heeft. Ik zal de referenties nakijken, maar ik denk dat de minister een goed onderbouwde keuze maakt. De communicatie liet evenwel te wensen over. Goed dat er nu meer duidelijkheid is.

**06.08 Catherine Fonck** (cdH): U rechtvaardigt uw maatregel door te stellen dat het budget tussen 2007 en 2015 met 255% is gestegen. Die vaststelling zou ons er eigenlijk moeten toe aanzetten om de wetenschappelijke redenen te

hospitalier peut postposer la facturation jusqu'au diagnostic ou sa confirmation. Cette mesure prend fin le 1<sup>er</sup> octobre.

*(En néerlandais)* Il est important aussi que les patients disposant d'une autorisation de remboursement valide pour une déficience immunitaire secondaire conservent cette autorisation jusqu'à ce qu'elle expire au terme d'une période de douze mois maximum.

Toutes ces informations étaient disponibles sur le site de l'INAMI, mais les médecins les communiquaient à leurs patients de façon incorrecte, ce qui a causé une réaction de panique. En vertu du fait que l'on a ajouté des indications, il ne s'agit pas d'une économie. Un avis doit bien être demandé dans un délai de six mois auprès d'un médecin qui connaisse le sujet.

Jusqu'à présent la consultation annuelle n'était pas nécessaire. Les files d'attente étaient un des arguments invoqués pour ne pas l'imposer. L'INAMI a cependant constaté que celles-ci n'existent plus du fait que quiconque souffre à présent déjà d'une déficience primaire ne doit plus se rendre à une consultation.

Mieux répartir géographiquement les spécialistes pour les affections rares relève bien entendu du défi. En outre, pour pouvoir pratiquer une médecine factuelle, il sera parfois demandé que l'on se rende une fois l'an chez un médecin.

Je comprends l'émotion suscitée, mais nous essayons de travailler d'une façon qui soit fondée d'un point de vue scientifique et nous voulons continuer à donner les immunoglobulines aux personnes qui en ont besoin.

**06.06 Karin Jiroflée** (sp.a): Ce n'est pas que je remette en cause la mesure en elle-même mais il aurait fallu bien mieux communiquer à son sujet.

**06.07 Yoleen Van Camp** (N-VA): Il importe que les décisions se fondent sur des constats scientifiques. Nous devons réserver les moyens à ceux qui en ont réellement besoin. J'examinerai les références mais je crois que la ministre a fait un choix dûment motivé. Il est vrai que la communication n'a pas été parfaite mais je me réjouis que des éclaircissements aient été apportés.

**06.08 Catherine Fonck** (cdH): Vous vous justifiez en invoquant une augmentation de 255 % du budget entre 2007 et 2015. Or ce constat devrait nous amener à nous interroger sur les raisons scientifiques du recours accru à ce traitement. On

achterhalen die verklaren waarom er vaker van die behandeling gebruik wordt gemaakt. Dat is vandaag niet ter sprake gekomen, maar een en ander kan wijzen op een toename van het aantal pathologieën en een verhoogde incidentie.

Ik ben het ermee eens dat alle patiënten die het nodig hebben, moeten worden behandeld. Maar ik denk niet dat er de afgelopen jaren een tekort geweest is aan immunoglobulines.

De informatie over de overgangsmatregelen voor artsen en voor patiënten die na het advies van de arts van de BPIDG toegang zullen hebben tot die behandeling, had doeltreffender kunnen zijn om elke bezorgdheid op dat vlak te voorkomen.

Het is wenselijk om aan de patiënten met een verworven immuundeficiëntie, die door uw toedoen niet langer toegang zullen hebben tot de behandeling, een regeling voor te stellen op grond waarvan ze een terugbetaling krijgen op basis van een medisch dossier van de adviserend geneesheer en een arts van de BPIDG. De gezondheidstoestand van sommige van die patiënten zou er immers op kunnen achteruitgaan door de bijwerkingen van de alternatieve behandelingen. Volgens u zullen er dankzij de overgangsmatregelen geen problemen opduiken, maar indien bijvoorbeeld de ziekenhuisapotheker de facturatie uitstelt tot een arts van de BPIDG de diagnose heeft gesteld of bevestigd - hetgeen hij mag doen in geval van overmacht - en er achteraf geen diagnose is, moet de patiënt de kosten, die kunnen oplopen tot wel 1.700 euro per maand, in een keer betalen!

Ik dien een motie in die uit de volgende drie onderdelen bestaat: de terugbetaling aan patiënten met een verworven immuundeficiëntie niet schrappen, maar koppelen aan een toestemming van de adviserend geneesheer op basis van een persoonlijk medisch dossier; de terugbetalingsvoorwaarden wijzigen waarbij de volksgezondheid en niet de begroting centraal staat en er wordt overlegd met de practitioners; voorzien in overgangsmatregelen die zich over een voldoende lange periode uitstrekken zodat de patiënten goed kunnen worden geïnformeerd en de continuïteit van de zorg niet in het gedrang komt.

### **Moties**

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Catherine Fonck en luidt als volgt:

n'en a pas parlé aujourd'hui mais cela peut signifier une croissance des pathologies et une incidence majorée.

Je suis d'accord que tous les patients qui le nécessitent doivent bénéficier du traitement. Mais je ne pense pas qu'il y ait eu de carence en immunoglobuline ces dernières années.

L'information sur les mesures transitoires des médecins et des patients qui auront accès à ce traitement après avis du médecin du BPIDG aurait pu être plus efficiente pour éviter de semer l'inquiétude.

Je souhaite, pour les malades souffrant du syndrome d'immunodéficience acquise à qui vous voulez supprimer l'accès au traitement, proposer une disposition leur offrant le remboursement sur la base d'un dossier médical du médecin conseil en collaboration avec le BPIDG. En effet, certains patients pourraient voir leur état de santé aggravé par les effets secondaires de traitements alternatifs. Vous dites qu'il n'y aura pas de problèmes grâce aux mesures transitoires. Mais par exemple, vous dites que le pharmacien de l'hôpital pourra, en cas de force majeure, postposer la facturation jusqu'à ce que le diagnostic soit posé ou confirmé par le médecin du BPIDG. Si ce n'est pas le cas, le malade devra tout déboursier en une fois. Or les frais peuvent s'élever jusqu'à 1 700 euros par mois!

Je dépose une motion contenant trois volets: ne pas supprimer le remboursement pour les patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise mais le conditionner à une autorisation du médecin conseil sur la base du dossier médical individuel; modifier les conditions de remboursement en se basant sur une approche de santé publique et non budgétaire en concertation avec les professionnels; et prévoir des mesures transitoires assez longues pour offrir une information adéquate et de qualité et éviter de briser la continuité des soins.

### **Motions**

La **présidente**: En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Catherine Fonck et est libellée comme suit:

'De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Catherine Fonck

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

verzoekt de regering

- met betrekking tot de vergoeding van de immunoglobulinen voor de behandeling van verworven immuundeficiëntiesyndromen te voorzien in een machtiging tot terugbetaling op basis van een analyse van het medisch dossier door de adviserend geneesheer samen met een arts van de Belgian Primary Immunodeficiency Group (BPIDG), in plaats van ze volledig af te schaffen,  
 - een beleid te voeren waarbij de vergoedingsvoorwaarden van de geneesmiddelen niet op basis van een zuiver budgettaire logica worden gewijzigd, maar op grond van een aanpak waarbij de volksgezondheid centraal staat, in samenspraak met de betrokken practitioners,  
 - voldoende lange overgangsmaatregelen te treffen om de practitioners en de patiënten in kwestie adequate en kwaliteitsvolle informatie te kunnen verstrekken en om te garanderen dat de behandeling van de patiënten wordt aangepast teneinde de continuïteit van de zorgverlening niet in het gedrang te brengen.'

Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Ine Somers et juffrouw Yoleen Van Camp.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

**07** Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het akkoord tandartsen-ziekenfondsen" (nr. 17780)

**07.01** André Frédéric (PS): Sinds 1 januari van dit jaar konden de tandartsen zelf hun tarieven bepalen, met hogere supplementen voor de patiënten. Dat het niet tot een akkoord kwam, had te maken met de regeringsbesparingen waardoor de erelonen van de zorgverleners niet werden geïndexeerd.

Met het akkoord van 13 april komt er dus een einde aan een periode van tariefonzekerheid. De terugbetaling van dure tandzorg werd verbeterd voor kankerpatiënten. Ook werd er een mechanisme van maximumtarieven ingevoerd, waardoor een geconventioneerde tandarts de

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Catherine Fonck

et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

demande au gouvernement

- en lieu et place de la suppression complète du remboursement des immunoglobulines pour le traitement des syndromes d'immunodéficience acquise, de prévoir une autorisation de remboursement sur base d'une analyse du dossier médical du patient par le médecin-conseil en lien avec un médecin du Belgian Primary Immunodeficiency Group (BPIDG),  
 - d'adopter une politique de modification des conditions de remboursement des médicaments basée non pas sur une logique purement budgétaire mais sur une approche de santé publique, en concertation avec les professionnels de la santé concernés,  
 - de prévoir des mesures transitoires suffisamment longues pour permettre une information adéquate et de qualité des professionnels et des patients concernés et pour garantir une adaptation du traitement des patients afin d'éviter une rupture dans la continuité des soins."

Une motion pure et simple a été déposée par Mme Ine Somers et Mlle Yoleen Van Camp.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

**07** Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accord dento-mut" (n° 17780)

**07.01** André Frédéric (PS): Depuis ce 1<sup>er</sup> janvier, faute d'accord dento-mutualiste, les dentistes pouvaient fixer leurs tarifs avec des suppléments. L'absence d'accord résultait des économies du gouvernement sur l'indexation des honoraires des prestataires de soins.

L'accord du 13 avril met donc fin à une période d'insécurité tarifaire. On a amélioré le remboursement des soins dentaires coûteux pour les patients cancéreux. Par un mécanisme de tarifs maximums, un dentiste conventionné pourra facturer au patient un montant supplémentaire au

patiënt voor sommige technische verstrekkingen een bedrag zal kunnen aanrekenen dat hoger ligt dan het RIZIV-tarief, indien de patiënt daar voorafgaandelijk mee instemt en het bedrag aan de ziekenfondsen wordt megedeeld.

Het patiëntenaandeel blijft in 2017 onveranderd. In 2018 stijgt het remgeld, maar voor kinderen, preventieve verstrekkingen en voor patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming blijft het ongewijzigd.

Toch blijft de context moeilijk. Indien uw regering bij het vaststellen van de budgettaire doelstelling voor 2018 nieuwe besparingen oplegt, is het afgelopen met de akkoorden in de Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen. De patiënten worden daarvan de dupe, want ze zullen meer betalen en geen overeenstemmende vergoeding ontvangen.

Zijn er nieuwe besparingen op til in de gezondheidszorg, de belangrijkste sluitpost op uw begroting? Zult u woord houden? Globaal genomen financieren de patiënten overigens 20% van het recente akkoord doordat het remgeld voor bepaalde verstrekkingen werd opgetrokken.

Bovendien is het mechanisme van maximumtarieven nadelig voor de patiënt. Het is louter een gevolg van de structurele onderfinanciering van de tandzorg. Gaat het inderdaad om een tijdelijke maatregel? Zullen er extra begrotingsmiddelen worden uitgetrokken om ervoor te zorgen dat de verstrekkingen waarop dat mechanisme betrekking heeft, in de nomenclatuur worden opgenomen? Zal het recente akkoord in meer geconventioneerde tandartsen resulteren?

**07.02** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Ik heb er altijd op toegezien dat de besparingen van de regering de patiënten niet zouden treffen.

Het akkoord bevat een opzeggingsclausule waarmee de Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen dit akkoord kan opzeggen als de regering voor 2018 besparingen in de tandheekkundige sector vooropstelt. Ik benadruk dat het remgeld gehandhaafd blijft op het bedrag van 2017, d.w.z. het bedrag van 2016, dankzij het nieuwe systeem.

Het doel is om de verstrekkingen met maximumtarieven op te nemen in de nomenclatuur om zo kwaliteitszorg met een zekere garantie inzake tarieven te bevorderen.

tarif INAMI pour certaines interventions techniques si le patient y consent préalablement et si le montant est communiqué aux mutualités.

En matière de remboursement, les parts du patient restent inchangées en 2017. En 2018, les tickets modérateurs augmenteront mais resteront inchangés pour les enfants, pour les prestations de prévention et les patients bénéficiant de l'intervention majorée.

Malgré cet accord, le contexte demeure difficile. Si votre gouvernement impose de nouvelles économies lors de la fixation de l'objectif budgétaire pour 2018, ce sera la fin du système d'accord au sein de Commission nationale dento-mutualiste. Les patients seront pénalisés car ils payeront plus cher sans être remboursés.

De nouvelles économies seront-elles imposées à nos soins de santé, principale variable d'ajustement de votre budget? Tiendrez-vous parole? Globalement, les patients financent d'ailleurs 20 % de l'accord intervenu aujourd'hui via l'augmentation de certains tickets modérateurs.

En outre, le mécanisme des tarifs maximaux est dommageable pour les patients et fait suite au sous-financement structurel des soins dentaires. Confirmez-vous son caractère temporaire? Un budget complémentaire sera-t-il débloqué pour que les prestations visées par ce mécanisme soient intégrées dans la nomenclature? Avec cet accord, davantage de dentistes se conventionneront-ils?

**07.02** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): J'ai toujours veillé à ce que le patient ne soit pas touché malgré les économies du gouvernement.

L'accord prévoit une clause de dénonciation par la Commission nationale dento-mutualiste si, pour 2018, le gouvernement prévoit des économies pour le secteur dentaire. J'insiste sur le maintien des tickets modérateurs à leur valeur de 2017, c'est-à-dire de 2016, grâce au nouveau système.

L'objectif est d'intégrer les prestations avec des tarifs maximum dans la nomenclature pour promouvoir des soins de qualité avec une certaine garantie tarifaire.

Het invoeren van maximumtarieven is een eerste stap om het gebruik van de verstrekkingen door de tandartsen te kunnen evalueren, de erelonen objectief te kunnen vastleggen en te voorkomen dat tandartsen zich 'deconventioneren', omdat de nomenclatuur geen rekening houdt met de reële kosten van de nieuwe materialen. Daardoor kan vermeden worden dat geconventioneerde tandartsen patiënten naar niet-geconventioneerde zorgverleners met hogere tarieven doorsturen. Ik hoop dat met het nieuwe akkoord meer tandartsen ertoe aangespoord worden om zich aan te sluiten bij de overeenkomst.

Voorts bepaalt het akkoord dat de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen voorstellen moet doen voor een nieuwe akkoordenregeling.

Met dit systeem krijgen de verzekerden meer tariefzekerheid en transparantie en wordt er meer gezondheidszorg tegen geconventioneerde tarieven verstrekt en daarnaast wordt een flexibelere inwerkingtreding van het akkoord voor de tandartsen met objectief vastgestelde, billijke honoraria beoogd.

Het is altijd al moeilijk geweest om akkoorden te bereiken met de tandartsen. Dit akkoord is evenwichtig op het stuk van de behartiging van de belangen van de patiënten en de beroepsbeoefenaars.

**07.03 André Frédéric (PS):** Uit de statistieken blijkt dat mensen niet naar de tandarts gaan omdat de prijs van tandzorg te hoog is.

Anderzijds reageren de tandartsen op het tekort aan specialisten tandheelkunde in bepaalde regio's. Dit mag de zorg niet nog minder toegankelijk maken.

Ik wil u niet grieven, maar ik deel uw optimisme niet wanneer u beweert dat u de patiënt steeds buiten schot gehouden hebt. De besparingen van de regering remmen de toegang tot de gezondheidszorg af.

*Het incident is gesloten.*

**08 Samengevoegde vragen van**  
 - de heer Alain Top aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de retributies bij dringende medische hulpverlening" (nr. 17828)  
 - de heer Alain Top aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende medische hulpverlening" (nr. 17992)

L'instauration des tarifs maximum est une première étape pour évaluer l'utilisation des prestations par les dentistes, en fixer les honoraires objectivement et éviter le déconventionnement parce que la nomenclature ne tiendrait pas compte des coûts réels des nouveaux matériaux. Cela permet aussi d'éviter que les dentistes conventionnés n'envoient les patients vers des prestataires non conventionnés aux tarifs plus élevés. J'espère que ce nouvel accord amènera davantage de dentistes à se conventionner.

En outre, il prévoit que la Commission nationale dento-mutualiste fasse des propositions pour un nouveau système d'accords.

Ce système vise à renforcer la sécurité tarifaire et la transparence pour les assurés et à augmenter les soins au tarif conventionné; il vise aussi une entrée en vigueur plus flexible de l'accord pour les dentistes, avec des honoraires équitables fixés objectivement.

Les accords avec les dentistes ont toujours été difficiles. Celui-ci est bien équilibré dans l'intérêt du patient et des praticiens.

**07.03 André Frédéric (PS):** Les statistiques montrent que les soins dentaires sont souvent sacrifiés vu leur coût élevé.

D'autre part, les dentistes réagissent à la pénurie de spécialistes en dentisterie dans certaines régions. Cela ne doit pas rendre les soins encore moins accessibles.

Sans vouloir vous vexer, je ne partage pas votre optimisme sur le fait d'avoir toujours veillé à ce que le patient ne soit pas touché. Les économies du gouvernement freinent l'accès aux soins.

*L'incident est clos.*

**08 Questions jointes de**  
 - M. Alain Top à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les rétributions dans le cadre de l'aide médicale urgente" (n° 17828)  
 - M. Alain Top à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 17992)  
 - M. André Frédéric à la ministre des Affaires

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van de PIT's" (nr. 18238)

sociales et de la Santé publique sur "la situation des PIT" (n° 18238)

**08.01 Alain Top** (sp.a): Volgens de wet mogen extra hulpmiddelen bij de uitvoering van dringende medische hulpverlening niet worden aangerekend. Als op last van de MUG-arts een ladderwagen nodig is om iemand uit een appartementsgebouw te halen, mag dat dus niet verhaald worden op de patiënt. Toch is dat exact wat de hulpverleningszone Fluvia doet: zij rekent een retributie aan voor het gebruik van een ladderwagen. De zone stuurt bij niet-betaling zelfs een dwangbevel uit via een deurwaarder. Zoiets is nochtans niet toegestaan als facturen betwist kunnen worden.

**08.01 Alain Top** (sp.a): Il est légalement interdit de facturer l'utilisation de dispositifs de secours supplémentaires dans le cadre d'une mission d'aide médicale urgente. Lorsque le médecin du SMUR demande un camion-échelle pour évacuer une personne d'un immeuble à appartements, ce service ne peut pas être facturé au patient. Or c'est ce que fait la zone de secours Fluvia en demandant au client une redevance pour l'utilisation d'un camion-échelle. En cas de non-paiement, elle envoie même une sommation par huissier. Une telle procédure n'est pourtant pas autorisée en cas de contestation d'une facture.

Is de minister op de hoogte van de werkwijze van deze zone? Wat zal ze erteren doen?

La ministre est-elle au courant des pratiques de cette zone? Que compte-t-elle faire pour s'y attaquer?

De minister heft een plan klaar voor de hervorming van de dringende medische hulpverlening. In plaats van de huidige 432 ziekenwagens, zullen er nog 300 ziekenwagens zijn en 50 Paramedische Interventieteams (PIT's). Er komt een terugkerende dotatie van 140 miljoen euro voor de financiering van de ziekenwagenvertrekpunten.

La ministre a élaboré un plan pour la réforme de l'aide médicale urgente. Elle prévoit ainsi de conserver 300 des 432 ambulances actuelles et de remplacer le reste par 50 équipes paramédicales d'intervention (EPI). Une dotation récurrente de 140 millions d'euros sera également nécessaire pour le financement des points de départ des ambulances.

De inzetfinanciering zal bestaan uit drie onderdelen: een uitrukvergoeding van 30 euro, een prestatievergoeding van 15 of 30 euro en een vergoeding van 30 euro voor het vervoer van de patiënt naar het ziekenhuis. Het eerste forfait is ten laste van het RIZIV, de twee laatste van de patiënt. Die zal dus 45 of 60 euro betalen, minder dan de 65 euro die hij vandaag betaalt. Tot slot is er 500.000 euro nodig voor de ontwikkeling van de software en de bijbehorende opleidingen.

Le financement de la mobilisation des équipes d'aide médicale urgente sera divisé en trois parties: une indemnité de départ de 30 euros, une indemnité de prestation de 15 ou 30 euros et une indemnité de 30 euros pour le transport du patient jusqu'à l'hôpital. Le premier forfait est à la charge de l'INAMI, tandis que les deux autres sont à payer par le patient. Ce dernier devra donc déboursier 45 ou 60 euros au total, ce qui représente un montant inférieur à celui qu'il paie actuellement, soit 65 euros. Enfin, 500 000 euros seront nécessaires pour le développement du logiciel et les formations prévues dans ce cadre.

Hoe zal dit allemaal worden begroot? Hoe zullen de ziekenwagens break-even kunnen draaien met deze financiering? Zullen extra hulpmiddelen aangerekend kunnen worden? In welk budget wordt voorzien voor de permanentie op de vertrekplaatsen?

Comment tous ces montants seront-ils inscrits au budget? Comment pourra-t-on, avec ce financement, garantir le seuil de rentabilité sur le plan du fonctionnement des ambulances? Des dispositifs supplémentaires pourront-ils être facturés? Quel budget est-il prévu pour l'organisation d'une permanence aux points de départ?

**08.02 André Frédéric** (PS): In de hulpverleningsketen vormen de PIT's (paramedical intervention team) de schakel tussen de ziekenwagens en de MUG. Die organisatie van de

**08.02 André Frédéric** (PS): Les PIT (*paramedical intervention team*) sont des outils de la chaîne des secours entre l'ambulance et le SMUR. Cette organisation d'aide médicale urgente a vu le jour

dringende geneeskundige hulpverlening zag het licht in 2007 en dit proefproject wordt gefinancierd ten belope van 120.000 euro per jaar en per PIT met een terugbetaling van 5 euro per kilometer. Dit bedrag volstaat niet om de kosten te dekken van een team dat uit ten minste een hulpverlener en een ambulancier bestaat. Deze onderfinanciering bedreigt het financiële evenwicht van de ziekenhuizen die aan dit project meewerken.

Zal u de PIT's herfinancieren? Zal u hun aantal verhogen en hun opdrachten uitbreiden?

**08.03** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Bijstand van de brandweer aan interventies en dringende medische hulp om mensen te beschermen of te redden, moet gratis worden uitgevoerd. Een factuur moet betwist worden bij de hulpverleningszone zelf, maar een dossier kan ook worden ingediend bij de provinciegouverneur of de minister van Binnenlandse Zaken. Ook een gerechtelijke procedure is mogelijk.

De wet op de dringende geneeskundige hulpverlening is sinds 1964 niet noemenswaardig aangepast aan de veranderde noden op het terrein. De financiering werd aanvankelijk geconcipeerd als een vervoersvergoeding per gereden kilometer, maar die vergoeding is nooit kostendekkend geweest.

Sinds 2012 wordt deze permanentievergoeding aangevuld met een permanentiesubsidie van 15.600 euro, een bedrag dat ik in 2016 heb verhoogd tot 46.800 euro.

Een ambulancedienst moet voorzien in een 24/7-permanentie. De personeelskosten daarvoor bedragen 616.000 euro, een bedrag dat de kilometervergoeding en de subsidie samen niet kunnen dekken.

Alleen door de extra's vanuit de gemeenten of door het ontwikkelen van geconcessioneerde diensten kunnen de diensten voor dringende geneeskundige hulp overleven. Door de discrepantie tussen de subsidie en de werkelijke kosten bestaat het risico dat steeds meer diensten hun ambulancewerking zullen stopzetten, zoals de brandweer, die momenteel 60% van de ambulancediensten uitbaat.

Minister Jambon en ik hebben hard gewerkt aan een oplossing. Er is een dossier klaar op basis van het rapport van de werkgroepen van de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Ons dossier zal worden besproken

en 2007 et fait l'objet d'un financement en tant que projet pilote de 120 000 euros par an et par PIT avec un défraiement de 5 euros le kilomètre. Celui-ci est insuffisant pour couvrir les charges d'une équipe composée d'au moins un secouriste et un ambulancier. Ce sous-financement met en danger l'équilibre financier des hôpitaux mobilisés dans ce projet.

Envisagez-vous un refinancement des PIT? Allez-vous augmenter leur nombre et étendre leurs missions?

**08.03** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): La gratuité est de mise pour les interventions des pompiers et des services d'aide médicale urgente lorsqu'il s'agit de protéger ou de sauver des personnes. Une facture peut être contestée auprès de la zone de secours elle-même mais il est également possible de déposer un dossier auprès du gouverneur de province ou du ministre de l'Intérieur, ou encore d'entamer une procédure judiciaire.

Depuis 1964, la loi relative à l'aide médicale urgente n'a pas été adaptée de manière substantielle à l'évolution des besoins de terrain. Au départ, son financement avait été conçu comme une indemnité kilométrique pour le transport mais cela n'a jamais permis de couvrir les coûts.

Depuis 2012, cette indemnité de permanence a été complétée par un subsidie spécifique de 15 600 euros, un montant que j'ai porté à 46 800 euros en 2016.

Un service d'ambulances doit prévoir une permanence 24 h/24 et 7 jours/7, ce qui représente un coût de 616 000 euros, un montant que ne suffisent pas à couvrir l'indemnité kilométrique totale et la subvention.

Les services d'aide médicale urgente ne peuvent survivre que grâce aux suppléments provenant des communes ou au travers du développement de services concédés. L'écart entre les subsides et les coûts réels fait naître un risque: l'arrêt de leurs activités d'ambulanciers par un nombre croissant de services, comme les pompiers qui exploitent actuellement 60 % des services d'ambulance.

Le ministre, M. Jambon, et moi-même avons travaillé avec ardeur pour trouver une solution. Un dossier basé sur le rapport des groupes de travail du Conseil national des secours médicaux d'urgence est prêt. Notre dossier sera discuté lors



bij de opmaak van de begroting voor 2018. Het is de bedoeling dat de permanentiefinanciering een substantieel deel van de personeelskosten zal dekken. Het resterende bedrag moet uit prestatievergoedingen komen of via synergieën met andere taken van de diensten, zoals administratie en algemeen beheer.

Voor het eerst in meer dan vijftig jaar gaan wij voor een break-evenscenario. Er zal geen impact zijn op de interventiesnelheid aangezien er een service level zal worden bepaald. Ons service level agreement bepaalt dat er voor 90% van de oproepen binnen de 15 minuten een equipe bij de patiënt zal zijn. De UGent heeft berekend dat hiervoor een programmatie nodig is van 307 voltijds bemande vertrekpunten. Met het oog op de dekking van meer rurale gebieden, voorzie ik in 350 punten en 50 PIT's.

*(Frans)* Er komen meer PIT's. In het kader van de hervorming van de dringende medische hulp zal de financiering van de wachtdiensten worden verhoogd om de rentabiliteitsdrempel te halen.

*(Nederlands)* Binnen de dringende medische hulpverlening wordt niet voorzien in een financiering voor de bijstand aan de hulpverleningszones – bijvoorbeeld voor het gebruik van een hoogtewerker. Deze interventies vallen onder de regels van de civiele veiligheid.

*(Frans)* Het aantal ambulances zal teruggeschroefd worden, niet tot 307 maar tot 350. Die middelen zullen naar de PIT's moeten worden overgeheveld. We streven ernaar in het hele land hetzelfde niveau van dringende medische hulpverlening te verzekeren, rekening houdend met de lokale bijzonderheden. Ik hoop samen met minister Jambon de nodige middelen te kunnen vinden.

**08.04 Alain Top** (sp.a): Ik ben bij met de bevestiging dat technische middelen zoals een hoogtewerker gratis zijn en blijven. In elk geval blijft het oneerlijk dat een brave burger een ontorechte factuur gewoon betaalt terwijl een minder brave zijn rechten probeert uit putten. Kan er geen algemene regeling worden uitgewerkt? De Vlaamse regering heeft dat gedaan in het geval van een watermaatschappij die foute facturen had doorgestuurd. Daar werd een algemene regeling genomen om die facturen terug te betalen.

Gezien de financieringsproblemen in verschillende hulpverleningszones ben ik blij met het initiatief van

de confection du budget de 2018. Le financement des permanences devrait couvrir une part substantielle des coûts du personnel. Le financement restant doit provenir de la rémunération de prestations ou de synergies avec d'autres branches de ces services, comme l'administration ou la gestion générale.

Pour la première fois en plus de cinquante ans, nous visons le seuil de rentabilité. Cela n'aura pas d'incidence sur la vitesse d'intervention étant donné qu'un *service level* sera défini. Notre *service level agreement* prévoit que dans 90 % des cas, une équipe doit être présente auprès du patient dans les 15 minutes à compter de l'appel initial. L'université de Gand a calculé que cela supposait une programmation de 307 points de départ munis de personnel à temps plein. Pour pouvoir assurer la couverture d'un plus grand nombre de zones rurales, je prévois 350 points et 50 PIT.

*(En français)* Le nombre de PIT va augmenter. À l'occasion de la réforme de l'aide médicale urgente, le financement des permanences sera augmenté pour atteindre le seuil de rentabilité.

*(En néerlandais)* Dans le cadre de l'aide médicale urgente, il n'est pas prévu de financement pour l'appui aux zones de secours – par exemple pour l'utilisation d'un auto-élévateur. Ces interventions relèvent des règles de la sécurité civile.

*(En français)* On diminuera le nombre d'ambulances, pas à 307 mais à 350. Il faut rediriger ces moyens vers les PIT. Notre but est d'offrir le même niveau d'assistance médicale urgente dans tout le pays, en tenant compte des particularités locales. J'espère trouver les moyens avec le ministre Jambon.

**08.04 Alain Top** (sp.a): Je suis content d'entendre la confirmation que des moyens techniques tels qu'un élévateur à nacelle soient gratuits et le restent. Dans tous les cas, il reste injuste qu'un honnête citoyen règle simplement une facture injustifiée alors qu'un citoyen moins honnête tente de faire valoir le moindre de ses droits. Pourrait-on s'atteler à un règlement général? Le gouvernement flamand l'a fait en ce qui concerne une compagnie des eaux qui avait envoyé de fausses factures. Un règlement général a été adopté dans ce cas pour rembourser ces factures.

Étant donné les problèmes de financement dans plusieurs zones de secours, je me réjouis de

de minister. Nu is het afwachten of ook de middelen worden vrijgemaakt.

**08.05 André Frédéric (PS):** U zegt dat de praktijk heeft uitgewezen dat die interventieteams erg efficiënt zijn en dat het lagere aantal ziekenwagens zal worden gecompenseerd door een groter aantal PIT's, waarvoor u de nodige middelen hoopt te krijgen. We zullen u zeker steunen in dat verzoek.

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter:** Vragen nrs. 17876, 17877 en 17878 van mevrouw de Coster-Bauchau worden omgevormd in schriftelijke vragen, alsook vraag nr. 17881 van mevrouw Jadin.

**09 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie van de ziekte van Parkinson" (nr. 17905)**

**09.01 André Frédéric (PS):** Minstens 30.000 Belgen lijden aan parkinson en hun aantal zou binnen 20 jaar het dubbele kunnen bedragen.

Voor de behandeling wordt gebruikgemaakt van dopamine, maar om nog onbekende redenen is die behandeling niet altijd efficiënt. Bij een andere behandeling worden elektroden ingeplant, die elektrische stimuli naar de hersenen sturen, maar die behandeling houdt boven 70 jaar risico's in, terwijl de ziekte doorgaans tussen 60 en 65 jaar optreedt.

Specialisten raden aan om, naast die behandelingen, ook voor de nodige fysieke activiteit te zorgen. Dat zou zowel preventief werken, als de ontwikkeling van de ziekte afremmen. Daartoe is echter passende begeleiding van de patiënten nodig, en een aangepaste infrastructuur.

Hoe evolueert de prevalentie van die ziekte in ons land? Welke nieuwe initiatieven ziet u voor de behandeling en begeleiding van die zieken?

Een derde van de bevolking heeft een hersenaandoening, en het prijskaartje loopt in ons land op tot 18 miljard per jaar. Het platform Belgian Brain Council (BBC) pleit daarom voor een 'nationaal hersenplan'. Hoe staat u daartegenover en zult u er uw medewerking aan verlenen?

**09.02 Minister Maggie De Block (Frans):** Het plan geïntegreerde zorg voor chronische zieken, dat op de interministeriële conferentie van 15 oktober 2015

l'initiative de la ministre. Il faut désormais attendre et voir si les moyens seront effectivement libérés.

**08.05 André Frédéric (PS):** On peut constater au quotidien l'efficacité de ces équipes d'intervention. Vous me dites que la réduction du nombre d'ambulances sera compensée par un plus grand nombre de PIT et que vous espérez avoir les moyens. Nous vous soutiendrons dans cette demande.

*L'incident est clos.*

La **présidente:** Les questions n<sup>os</sup> 17876, 17877 et 17878 de Mme de Coster-Bauchau sont transformées en questions écrites, de même que la question n<sup>o</sup> 17881 de Mme Jadin.

**09 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évolution de la maladie de Parkinson" (n<sup>o</sup> 17905)**

**09.01 André Frédéric (PS):** Au moins 30 000 Belges sont atteints de la maladie de Parkinson et cela pourrait doubler d'ici 20 ans.

La dopamine est utilisée pour traiter cette maladie mais, sans qu'on ne sache pourquoi, un tel traitement perd parfois de son efficacité. L'implantation d'électrodes pour envoyer des stimulations électriques au cerveau est aussi un traitement mais il est risqué passé les 70 ans, alors que la maladie survient entre 60 et 65 ans.

En plus de ces traitements, les experts préconisent une activité physique qui permet à la fois de prévenir la maladie et d'en freiner le développement mais cela demande un accompagnement des patients et une adaptation des infrastructures.

Comment évolue la prévalence de cette maladie en Belgique? Quelles nouvelles initiatives envisagez-vous pour la prise en charge de ces malades?

De façon générale, les maladies cérébrales touchent un tiers de la population et coûtent 18 milliards d'euros par an en Belgique. Face à ce constat, la plate-forme Belgian Brain Council (BBC) plaide pour un "plan national du cerveau": qu'en pensez-vous et collaboreriez-vous à sa mise en place?

**09.02 Maggie De Block, ministre (en français):** Le plan de soins intégrés adopté en conférence interministérielle le 15 octobre 2015 reprend les

werd goedgekeurd, komt tegemoet aan de transversale behoeften van chronisch zieken (erkenning van de mantelzorger, psychosociale ondersteuning, multidisciplinaire samenwerking enz.).

Parkinsonpatiënten hebben echter nog andere behoeften: ze krijgen toegang tot een behandeling, en met name de terugbetaling van de geneesmiddelen, en tot een specifieke chirurgische ingreep zoals de *deep brain stimulation* (DBS). Het RIZIV heeft een conventie met dertien erkende gespecialiseerde centra gesloten voor DBS.

De parkinsonpatiënten genieten een hogere terugbetaling voor hun kinesitherapiebehandelingen en voor sommige specifieke verstrekkingen. Die zware aandoeningen zijn opgenomen in de 'E-lijst'.

Patiënten met locomotorische of neurologische aandoeningen kunnen zich laten behandelen in een gespecialiseerd centrum voor algemene revalidatie.

Revalidatie draagt bij tot een betere gezondheid, een grotere autonomie en een beter psychologisch welzijn, zodat de maatschappelijke re-integratie in optimale omstandigheden verloopt.

We hebben het statuut van chronische zieke ingevoerd omdat we geïntegreerde gezondheidszorg nastreven, zoals overeengekomen op de interministeriële conferentie. Het gaat over veel patiënten. Er zal geïntegreerde gezondheidszorg nodig zijn voor ziekten die tot op heden acuut en terminaal waren en die dankzij geneesmiddelen chronische ziekten zullen worden.

*Het incident is gesloten.*

#### **10** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorstel van de KCE inzake de geneesmiddelenprijzen" (nr. 17908)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van een horizon scanning systeem voor farmaceutische producten" (nr. 17956)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gezamenlijk onderhandelen met andere landen over goedkopere geneesmiddelen" (nr. 17959)

De **voorzitter**: De heer Senesael is niet meer aanwezig.

besoins transversaux pour les malades chroniques (reconnaissance de l'aidant proche, prise en charge psychosociale, collaboration multidisciplinaire, etc.).

Les besoins des patients atteints de Parkinson vont au-delà des objectifs formulés dans ce plan. Ils ont accès au traitement, notamment le remboursement des médicaments. La chirurgie spécifique est également prévue. L'INAMI a établi une convention pour le *deep brain stimulation* avec treize centres spécialisés reconnus.

Les patients atteints de Parkinson bénéficient d'un remboursement plus élevé de leurs soins de kinésithérapie et de certaines prestations spécifiques. Ces pathologies lourdes sont reprises sur la liste E.

Les patients souffrant d'affections locomotrices et neurologiques peuvent se faire traiter dans un centre spécialisé de rééducation fonctionnelle générale.

La rééducation fonctionnelle permet d'améliorer l'état de santé, l'autonomie et le bien-être psychologique afin que la réinsertion sociale se passe dans les meilleures conditions.

Nous avons créé le statut de maladie chronique car, comme convenu en conférence interministérielle, nous voulons travailler à des soins intégrés. De nombreux patients sont concernés. Les maladies qui étaient jusqu'ici aiguës et terminales et qui, grâce aux médicaments, se stabiliseront en maladies chroniques nécessiteront des soins intégrés.

*L'incident est clos.*

#### **10** **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la proposition du KCE concernant le prix des médicaments" (n° 17908)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en place d'un système horizon scanning des produits pharmaceutiques" (n° 17956)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les négociations avec d'autres pays concernant les réductions de prix des médicaments" (n° 17959)

La **présidente**: M. Senesael n'est plus présent.

**10.01 Karin Jiroflée** (sp.a): Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft op vraag van BeNeLuxA, een samenwerking op het gebied van farmaceutisch beleid tussen de Benelux-landen en Oostenrijk, een methode uitgewerkt om de prijs van geneesmiddelen zo laag mogelijk te houden voor de consument. Een centrale eenheid zou alle wetenschappelijke publicaties, rapporten, productinfo en financieel nieuws analyseren inzake medicijnen die in de pijplijn zitten. Deze eenheid zal zich buigen over vragen of het nieuwe medicijn werkelijk zijn geld waard is en of het effectiever is dan bestaande medicijnen. Pharma.be lijkt bereid mee te werken, weliswaar onder bepaalde voorwaarden.

Hoe staat de minister tegenover dit voorstel? Wat vindt zij van de uitgewerkte methodes? Heeft ze reeds overlegd met haar collega's uit Nederland, Luxemburg en Oostenrijk?

**10.02 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Is de minister een voorstander van deze gezamenlijke centrale eenheid of database? Waar zal deze database gevestigd zijn en wat is het aandeel van België hierin?

Een ander voorstel gaat over gezamenlijke prijsonderhandelingen. Er is al veel gesproken over het kiwimodel en zelfs over het sluismodel. In hoeverre is dit verenigbaar met het voorstel van het KCE?

Pharma.be gaat inderdaad akkoord met het nieuwe systeem, onder bepaalde voorwaarden. Het wil bijvoorbeeld dat een aantal gegevens vertrouwelijk blijven. Waar wordt de lijn getrokken, aangezien een maximale transparantie wenselijk is?

**10.03 Minister Maggie De Block** (Nederlands): Inzake de uitwerking van een systeem voor *horizon scanning* zal advies gevraagd worden aan het fagg, omdat dat toegang heeft tot alle belangrijke data. Het fagg werkt ook nauw samen met het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Er is daarnaast de implementatie van het National Innovation Office. In dat alles speelt het fagg een belangrijke rol.

Het systeem van *horizon scanning* zal het voor het fagg ook mogelijk maken om op een meer gestructureerde manier de nieuwe ontwikkelingen in de medische sector te volgen en de communicatie aan de patiënten te verzorgen.

**10.01 Karin Jiroflée** (sp.a): Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a mis en place, à la demande de BeNeLuxA, une collaboration sur le plan de la politique pharmaceutique entre les pays du Benelux et l'Autriche, une méthode visant à maintenir le prix des médicaments payé par le consommateur au niveau le plus bas possible. Une unité centrale analyserait l'ensemble des publications scientifiques, rapports, informations sur les produits et nouvelles financières concernant les nouveaux médicaments. Cette unité se penchera sur les deux questions suivantes: le prix du nouveau médicament se justifie-t-il et est-il plus efficace que le médicament existant? Pharma.be semble prête à coopérer, à certaines conditions bien entendu.

Que pense la ministre de cette proposition? Comment juge-t-elle les méthodes élaborées? S'est-elle déjà concertée avec ses homologues néerlandaise, luxembourgeoise et autrichienne?

**10.02 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): La ministre est-elle favorable à cette unité centrale commune, cette base de données? Où sera établie cette base de données et quelle sera la contribution de la Belgique?

Une autre proposition porte sur des négociations communes en matière de prix. Le modèle kiwi a déjà fait l'objet de nombreuses discussions, de même que le *sluismodel* néerlandais. Dans quelle mesure ces modèles sont-ils compatibles avec la proposition du KCE?

Pharma.be accepte en effet le nouveau système sous certaines conditions. Elle demande par exemple qu'un certain nombre de données restent confidentielles. Où se situe la frontière compte tenu de l'opportunité d'une transparence maximale?

**10.03 Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): En ce qui concerne l'élaboration de l'*horizon scanning*, un avis sera demandé à l'AFMPS étant donné que ce système donne accès à l'ensemble des données importantes. L'AFMPS travaille également en étroite collaboration avec l'Agence européenne des médicaments (AEM). Il y a en outre la mise en place du National Innovation Office. L'AFMPS joue à tous ces égards un rôle important.

Le système d'*horizon scanning* permettra également de suivre les nouvelles évolutions du secteur médical de manière plus structurée et d'assurer la communication aux patients.

De studie van het Kenniscentrum is er gekomen op Belgisch initiatief. Wij hebben aan Nederland gevraagd om zich bij ons te voegen, waarna Luxemburg en nu ook Oostenrijk zich hebben aangesloten.

BeNeLuxA is de pionier. Momenteel zijn ook de Scandinavische landen zich aan het organiseren in de Nordic Alliance, maar zij staan nog niet zo ver als wij. Eergisteren hebben ook vijf zuiderse landen een intentieverklaring ondertekend om tot samenwerking te komen. Gisteren hebben wij met alle betrokken landen op Malta bilaterale gesprekken gevoerd om te verduidelijken hoe wij werken en hoe zij dat ook zouden kunnen doen. De moeilijkheid is echter dat wij allemaal verschillende sociale systemen hebben. Er zijn ook grote verschillen in wat terugbetaald wordt.

Ik ben een voorstander van *horizon scanning*. België is ter zake niet alleen stakeholder, maar ook initiatiefnemer en zelfs pionier. Wij willen die kar blijven trekken.

Ik ben ook op de hoogte van de beschouwingen van pharma.be. De gesprekken verlopen momenteel nog op vertrouwelijke basis en ik kan dan ook geen bijkomende informatie geven.

Het loopt echter echt goed met het BeNeLuxA samenwerkingsinitiatief. Ik hoop echter dat er ook op Europees vlak iets op gang komt. Waarom hebben wij het BeNe-initiatief genomen voor weesziekten? Dat moest op Europees niveau opgenomen worden maar het gebeurde niet. Wij hebben dat op de agenda geplaatst, ook Europees.

**10.04 Karin Jiroflée** (sp.a): Ik ben bijzonder blij te horen dat België het systeem trekt.

**10.05 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik maak mij alleen nog zorgen over de meningsverschillen bij de stakeholders. Het water tussen de verschillende partners is toch nog zeer diep.

*Het incident is gesloten.*

**11 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het hergebruik van medische hulpmiddelen" (nr. 17913)**

L'étude du KCE est une initiative de la Belgique. Nous avons demandé aux Pays-Bas de se joindre à nous et ensuite, le Luxembourg et l'Autriche y ont adhéré.

BeNeLuxA a été la première coopération. Les pays scandinaves s'organisent aussi à présent dans la Nordic Alliance, mais ils ont encore un long chemin à parcourir avant d'atteindre notre niveau. Avant-hier, cinq pays du sud ont également signé une déclaration d'intention, dans la perspective d'une coopération avec la Belgique. Hier, à Malte, nous avons eu des entretiens bilatéraux avec tous les pays concernés, afin de leur expliquer notre méthode de travail et comment copier notre exemple. La difficulté réside dans la diversité des systèmes sociaux. Les différences sont par ailleurs énormes en matière de remboursement.

Je suis favorable à l'analyse prospective. Dans ce domaine, la Belgique est non seulement partie prenante, mais également instigatrice et même pionnière. Nous voulons continuer à jouer ce rôle de locomotive.

Je suis en outre informée des réflexions auxquelles s'est livrée Pharma.be. Les négociations restant pour l'heure confidentielles, je ne peux pas vous fournir de plus amples détails.

Mais l'initiative de collaboration BeNeLuxA se porte très bien. J'espère cependant qu'au niveau européen aussi quelque chose va se mettre en place. Pourquoi avons-nous pris l'initiative belgo-néerlandaise en matière de maladies orphelines? C'est au niveau européen que l'initiative devait être prise mais cela ne s'est pas fait. Nous avons mis la question à l'agenda, y compris à l'échelon européen.

**10.04 Karin Jiroflée** (sp.a): Je suis particulièrement heureuse d'entendre que la Belgique joue un rôle pionnier en la matière.

**10.05 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Je me soucie seulement encore des divergences d'opinions entre les parties prenantes. Un important clivage les sépare encore.

*L'incident est clos.*

**11 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réutilisation des dispositifs médicaux" (n° 17913)**

**11.01 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Fabrikanten van medische hulpmiddelen staan weigerachtig tegenover het hergebruik van die middelen. De minister zou een werkgroep dit laten onderzoeken. Ondertussen wordt er ook een wetsvoorstel besproken over het gebruik van medische hulpmiddelen. Deze maand zou er een Europese richtlijn ter zake komen.

Wat is de stand van zaken? Wat is het standpunt van de minister over het hergebruik van medische hulpmiddelen? Is zij het eens met wat er in het wetsvoorstel-Muyllé staat?

**11.02 Minister Maggie De Block** (*Nederlands*): Dit jaar herbegint de werkgroep met haar werkzaamheden. De Europese richtlijn is op 5 april aangenomen door het Europees Parlement, maar werd nog niet gepubliceerd. Het is niet de bedoeling dat lidstaten bepalingen aannemen die indruisen tegen deze richtlijn. Wij zijn in het bezit van de tekst en kunnen nu een implementatieplan uitwerken in België.

Het basisprincipe in deze richtlijn over het hergebruik van medische hulpmiddelen is dat iedere persoon die hulpmiddelen ter beschikking stelt als fabrikant wordt beschouwd en wordt onderworpen aan dezelfde verplichtingen inzake kwaliteit en veiligheid. De richtlijn laat toe dat lidstaten strengere bepalingen handhaven.

De mogelijkheden voor de Belgische wetgever zijn dus beperkt. De ontwikkeling van een wettelijk kader zal begin 2018 starten als het overleg met de betrokken partijen is afgerond in de werkgroep.

Mijn standpunt is dat het kwaliteitsvolle producten moeten blijven, ook als ze hergebruikt worden. Ze moeten ook veilig zijn voor de patiënt. Het wetgevend kader moet de rol en de verantwoordelijkheid van eenieder aangeven. De basisvereisten in de Europese richtlijn zijn een grote vooruitgang en zullen ons toelaten om beter op uitdagingen te antwoorden.

We hebben contact met andere landen om te vernemen hoe zij de richtlijn zullen implementeren. We hebben de werkgroep gevraagd om de wetsvoorstellen te evalueren in het licht van de nieuwe richtlijn.

**11.03 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Rome is niet op één dag gebouwd. Ook hiervoor is er tijd nodig.

*Het incident is gesloten.*

**11.01 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Les fabricants de dispositifs médicaux s'opposent fermement à leur réutilisation. La ministre aurait créé un groupe de travail chargé d'étudier la question. Dans l'intervalle, une proposition de loi relative à l'utilisation de dispositifs médicaux est également à l'examen. Cette matière devrait être réglée ce mois-ci par une directive européenne.

Où en est-on à cet égard? Quelle est la position de la ministre concernant la réutilisation de dispositifs médicaux? Souscrit-elle à ce qui figure dans la proposition de loi de Mme Muyllé?

**11.02 Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Le groupe de travail reprend ses travaux cette année. La directive européenne en question a été adoptée le 5 avril par le Parlement européen, mais n'a pas encore été publiée. L'objectif n'est pas que les États membres adoptent des dispositions allant à l'encontre de cette directive. Nous disposons du texte et nous pouvons dès lors élaborer un plan d'exécution en Belgique.

Le principe de base de la directive concernant la réutilisation des dispositifs médicaux est que toute personne qui propose des dispositifs médicaux est considérée comme fabricant et doit, à ce titre, se conformer aux mêmes obligations en termes de qualité et de sécurité. La directive autorise les États membres à maintenir des dispositions plus sévères.

La marge de manœuvre du législateur belge est donc limitée. La définition d'un cadre légal sera initiée début 2018, lorsque la concertation avec les parties concernées sera terminée au sein du groupe de travail.

Personnellement, j'estime que ces produits doivent rester des produits de qualité, même s'ils sont réutilisés. Ils doivent en outre présenter toutes les garanties de sécurité pour le patient. Le cadre légal devra définir le rôle et les responsabilités de chacun. Les critères de base fixés par la directive européenne représentent une avancée majeure et ils nous permettront de mieux répondre aux défis.

Nous entretenons des contacts avec d'autres pays pour en savoir davantage sur la manière dont ils appliqueront la directive. Nous avons demandé au groupe de travail d'évaluer les propositions de loi à la lumière de la nouvelle directive.

**11.03 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Paris ne s'est pas fait en un jour. Ce dossier demandera également du temps.

*L'incident est clos.*

**12** Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de serieuze bijwerkingen van ADHD-medicatie" (nr. 17914)

**12.01** Anne Dedry (Ecolo-Groen): In april stond in verschillende kranten het verontrustende nieuws dat kinderen die het meest gebruikte medicijn tegen ADHD innemen – methylfenidaat – een groeivertraging hebben van gemiddeld 4,7 centimeter. Anderzijds blijkt het aantal terugbetaalde dosissen methylfenidaat op tien jaar te zijn verdubbeld.

Welke maatregelen zal de minister nemen om de inname van dit middel door minderjarigen te beperken? Zijn er alternatieve geneesmiddelen die eventueel in aanmerking komen voor terugbetaling? Zijn daarvan eventuele voor- en nadelen bekend? Hoe staat de minister zelf tegenover dit middel?

**12.02** Minister Maggie De Block (Nederlands): Wij buigen ons al lang over de ADHD-medicatie. Groeivertraging is een bekend ongewenst effect van methylfenidaat, zeker bij langdurige behandeling, maar gegevens over de invloed op de volwassen lichaamslengte waren tot voor kort niet beschikbaar. Resultaten van een follow-upstudie wijzen op een beperkte reductie van de lichaamslengte op volwassen leeftijd, van 2 tot 2,5 centimeter. Deze reductie was meer uitgesproken naarmate de cumulatieve totale dosis over die jaren hoger was.

Methylfenidaat blijft een eerste keuze voor kinderen met ernstige ADHD, maar bij kinderen met lichte tot matige ADHD genieten andere gerichte maatregelen de voorkeur. Blijken die onvoldoende, dan kan methylfenidaat alsnog worden opgestart, mits een jaarlijkse evaluatie, die overigens al vervat zit in de huidige vergoedingscriteria.

Het middel was in 1999 nog vrij verkrijgbaar, iets wat ik destijds nog heb aangekaart, daarna werd het opgenomen in de terugbetaling mits er een echte diagnose was gesteld, met ook vergoedingscriteria op basis van de evaluatie.

Tot nu toe zijn er nog geen alternatieve geneesmiddelen voor die gedragsstoornissen.

**12** Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sérieux effets secondaires des médicaments traitant le TDAH" (n° 17914)

**12.01** Anne Dedry (Ecolo-Groen): On pouvait lire dans différents journaux en avril l'information préoccupante selon laquelle les enfants qui prenaient le médicament le plus utilisé contre le TDAH, le méthylphénidate, accusaient un retard de croissance de 4,7 centimètres en moyenne. Par ailleurs, le nombre de doses de méthylphénidate remboursées a doublé en dix ans.

Quelles mesures la ministre va-t-elle prendre afin de limiter la prise de ce médicament par des mineurs? Existe-t-il des médicaments alternatifs qui peuvent éventuellement donner lieu à un remboursement? Connaît-on les avantages ou les inconvénients éventuels de ceux-ci? Quelle est la position de la ministre elle-même à l'égard de ce médicament?

**12.02** Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Cela fait longtemps que nous étudions les médicaments qui traitent le TDAH. Le retard de croissance est un effet secondaire bien connu du méthylphénidate, qui plus est en cas de traitement de longue durée, mais jusqu'il y a peu, nous ne disposions pas de données sur ses effets sur la longueur des membres à l'âge adulte. Les résultats d'une étude de suivi indiquent une réduction limitée de la longueur des membres à l'âge adulte, de l'ordre de 2 à 2,5 centimètres. Plus la dose totale accumulée au fil des années est importante, plus cette réduction est nette.

Le méthylphénidate demeure le médicament de premier choix pour les enfants souffrant de TDAH grave, mais d'autres mesures ciblées doivent être privilégiées pour les enfants souffrant de formes légères ou modérées de cette affection. Si ces mesures s'avèrent insuffisantes, le méthylphénidate peut alors être administré, moyennant un bilan annuel, déjà prévu du reste dans les critères de remboursement actuels.

En 1999, ce médicament était toujours en vente libre, une situation que j'avais dénoncée à l'époque. Il a ensuite été incorporé à la liste des médicaments remboursables, pour autant qu'un véritable diagnostic ait été établi et l'évaluation de l'état du patient figurait aussi parmi les critères de remboursement.

À ce jour, il n'existe pas encore d'alternatives pour le traitement des troubles du comportement. Tant

Zolang de firma's die deze medicatie op de markt brengen, geen aanvraag tot terugbetaling indienen bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG), kunnen andere geneesmiddelen ook niet worden terugbetaald. Wij hebben geen initiatiefrecht ter zake en kunnen niet beslissen om een bepaald dossier te onderzoeken wanneer er geen aanvraag is. Voor de vergoedingsmodaliteiten voor een farmaceutische specialiteit zal de CTG zich altijd eerst baseren op de officieel erkende indicaties, vermeld in de wetenschappelijke bijsluiter van het geneesmiddel. Wij volgen verschillende onderzoeken op het terrein op en de CTG zal nuttige nieuwe bevindingen altijd analyseren en op basis daarvan de vergoedingsvoorwaarden eventueel aanpassen.

Naast groeistoornissen zijn er echter ook echt anorexigene effecten verbonden aan het middel, die veel sneller werken: de betrokken kinderen hebben geen eetlust en bevinden zich op de rand van ondervoeding.

Ik zal ook altijd een koele minnaar blijven van Rilatine. Ik besef dat er voor sommige mensen geen alternatief is, maar het verbruik in ons land ligt veel te hoog, met opvallende pieken in sommige provincies. Iedereen moet dan ook zijn verantwoordelijkheid nemen bij het voorschrijven van dit middel.

**12.03 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Er is inderdaad een heel groot probleem qua voorschrijfgedrag. Alle maatregelen die daaraan kunnen verhelpen, zijn absoluut noodzakelijk.

*Het incident is gesloten.*

**13 Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de praktische aspecten van het elektronische voorschrift" (nr. 17922)**

**13.01 Véronique Caprasse** (DéFI): Het algemeen invoeren van het elektronische voorschrift doet problemen rijzen. In geval van overmacht zijn er afwijkingen mogelijk, maar wat moeten we daaronder verstaan? Wat doet men bij verlies of diefstal van de identiteitskaart? Wat gebeurt er als iemand geen standaardidentiteitskaart in een Belgisch formaat heeft? Zullen apothekers bij een technische storing geneesmiddelen mogen overhandigen en nadien alles in orde mogen brengen? Zal het voorschrift geweigerd worden bij technische problemen?

Moet men de artsen en apothekers niet eerst

que les firmes qui commercialisent ces médicaments n'introduiront pas de demande de remboursement auprès de la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM), d'autres médicaments ne pourront pas non plus être remboursés. Ne disposant pas d'un droit d'initiative en la matière, nous ne pouvons pas décider d'examiner un dossier donné sans qu'il y ait une demande. S'agissant des modalités de remboursement d'une spécialité pharmaceutique, la CRM commencera toujours par se baser sur les indications reconnues officiellement, qui figurent dans la notice scientifique du médicament. Nous suivons plusieurs études sur le terrain et la CRM analysera toujours les nouveaux constats et adaptera en conséquence les conditions de remboursement.

À côté des troubles de la croissance, ce médicament présente toutefois aussi de réels effets anorexigènes qui se font ressentir beaucoup plus rapidement: les enfants concernés n'ont pas d'appétit et sont à la limite de la sous-alimentation.

Je me montrerai toujours frileuse par rapport à la Rilatine. Je comprends que pour certains, il n'y ait pas d'alternative mais la consommation de ce médicament est bien trop élevée dans notre pays et dans certaines provinces, elle connaît des pics étonnants. C'est pourquoi chacun doit prendre ses responsabilités lors de la prescription de ce produit.

**12.03 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Il y a effectivement un problème majeur en matière de prescription. Toutes les mesures qui pourraient apporter une solution sont donc indispensables.

*L'incident est clos.*

**13 Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les aspects pratiques de la prescription électronique" (n° 17922)**

**13.01 Véronique Caprasse** (DéFI): La généralisation de la prescription électronique pose quelques problèmes. Les cas de force majeure pourront faire l'objet de dérogations mais que faut-il entendre par là? Qu'en sera-t-il en cas de perte ou de vol de carte d'identité? Comment fera-t-on avec ceux qui n'ont pas de carte d'identité standardisée au format belge? En cas de panne, les pharmaciens pourront-ils délivrer des médicaments et régulariser ensuite? La prescription sera-t-elle refusée en cas de problème technique?

Ne faudrait-il pas d'abord informer les médecins et



informereren in plaats van hun een zo strakke deadline op te leggen? Zal deze razendsnelle evolutie het tekort aan artsen niet verergeren? Wie aan het einde van zijn loopbaan is en de evoluties niet kan volgen, zou geneigd kunnen zijn om met vervroegd pensioen te gaan. Hebt u daar rekening mee gehouden?

Waarom hebt u spoed achter deze verandering gezet? Hebt u een balans opgemaakt van de huidige situatie?

**13.02** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Vanaf 2018 zal het gebruik van het elektronische geneesmiddelenvoorschrift algemeen worden toegepast. Het papieren voorschrift zal nog geldig zijn in noodsituaties en voor gepensioneerde artsen die zichzelf of iemand uit hun familie een behandeling willen voorschrijven.

Het gaat om een van de punten uit het ActiePlan eGezondheid 2015-2018 dat door de negen ministers die in ons land bevoegd zijn voor Volksgezondheid werd ondertekend. Het is niet de bedoeling de artsen van wie de loopbaan naar het einde loopt te verplichten hun werking te informatiseren. Er komt een oplossing voor zorgverleners die sporadisch voorschrijven en voor huisbezoeken. Ook het papieren bewijs zal verdwijnen: het lezen van de streepjescode zal worden vervangen door het inlezen van de eID-kaart.

De elektronische identiteitskaart hoeft niet te worden voorgelegd wanneer het voorschrift wordt opgesteld, maar de arts moet wel over het INSZ-nummer of BIS-nummer van de patiënt beschikken. Voor wie niet over een identiteitskaart of nummer beschikt, bijvoorbeeld borelingen of mensen zonder papieren, zullen praktische instructies worden meegedeeld aan de veldwerkers. Het overgangsjaar 2017 zal worden aangegrepen om een antwoord te bieden op de gemelde problemen en om de werking van het systeem te verbeteren. Er moet nog voor een fall-backprocedure worden gezorgd voor de apotheker wanneer er zich een storing of technisch probleem voordoet.

De voorschrijvende arts en de apotheker zullen de patiënt de nodige informatie blijven geven.

De wetwijzigingen die de overstap naar het verplichte elektronische voorschrift mogelijk moeten maken, zullen eerstdaags worden voorbereid. De bevoegde autoriteiten zullen de informatie meedelen aan de betrokken personen en aan de beroepsverenigingen, zoals dat het geval was bij de op 1 januari in voege getreden wijzigingen. Het

les pharmaciens au lieu d'imposer une date limite aussi proche? Cette évolution au pas de charge ne va-t-elle pas amplifier la pénurie de médecins? En fin de carrière, ceux qui n'arrivent pas à suivre pourraient être tentés de prendre une retraite anticipée. En avez-vous tenu compte?

Pourquoi avez-vous accéléré le mouvement? Avez-vous dressé un bilan de la situation?

**13.02** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): En 2018, la prescription électronique des médicaments sera généralisée. La prescription sur papier sera toujours valable dans des situations d'urgence et pour les médecins retraités qui veulent prescrire un traitement à eux-mêmes ou à leurs proches.

C'est un point du plan e-santé 2015–2018 signé par les neuf ministres en charge de la santé publique dans notre pays. L'objectif du plan n'est pas de pousser les prescripteurs en fin de carrière vers une informatisation forcée. On prévoit une solution pour les prescripteurs sporadiques et les visites à domicile. La preuve papier disparaîtra elle aussi: la lecture du code-barre sera remplacée par celle de la carte eID.

La carte d'identité électronique n'est pas obligatoire pour la prescription mais le médecin doit disposer du numéro NISS ou NISSbis du patient. Pour ceux qui n'en disposent pas, comme les nouveau-nés ou les sans-papiers, des instructions pratiques seront communiquées aux acteurs sur le terrain. Année de transition, 2017 permettra de remédier aux problèmes signalés et d'améliorer le fonctionnement du système. Une procédure de *fall back* en cas de panne ou de problème technique est à prévoir pour le pharmacien.

Le prescripteur et le pharmacien continueront à fournir au patient les informations nécessaires.

Le passage à la prescription électronique obligatoire nécessite des adaptations législatives qui seront préparées sous peu. Les autorités compétentes communiqueront des informations aux personnes concernées et aux associations professionnelles, comme cela a été fait pour les modifications entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier. Un dépliant de

RIZIV verspreidt een folder voor de patiënten via de officina-apothekers.

Ik ken het aantal voorschriften niet, maar het lijkt sterk toe te nemen! Het systeem werkt goed, ondanks enkele kinderziekten. Alleen de toegang tot het internet zorgt voor problemen.

Dit intensieve werk is in het belang van de patiënt en van de arts. De oudste artsen die niet computerminded zijn, moeten een slinkende minderheid blijven.

We praten in deze commissie al sinds 1999 over de digitalisering van de gezondheidszorg. Er werden informatiseringspremies uitgereikt.

Sommige artsen willen nog altijd niet met een computer werken, terwijl alle verpleegkundigen en klinisch biologen in twee jaar tijd volledig overgeschakeld zijn op de computer.

**13.03 Véronique Caprasse (DéFI):** Ik dank u voor uw uitgebreide antwoorden. Door termijnen vast te stellen kan men de zaken vooruithelpen, maar ik denk niet dat alle problemen tegen 2018 zullen zijn opgelost.

Artsen verklaren zich senior op de leeftijd van vijftig jaar. Dat is overdreven, maar ik begrijp dat oudere artsen zich moeilijk kunnen aanpassen en we moeten respecteren dat ze voorrang geven aan de zorg voor hun patiënten.

De situatie zal moeten worden opgevolgd en zo nodig moet er worden bijgestuurd wanneer er problemen opduiken.

Ik blijf erg op mijn hoede, want de nieuwe procedure vergt een echte mentaliteitswijziging.

*Het incident is gesloten.*

**14 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NMR's in ziekenhuizen" (nr. 17944)**

**14.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Een beperkt aantal ziekenhuizen beschikt niet over een NMR-toestel. Het zou gaan over negen ziekenhuizen in Vlaanderen en één in Wallonië. De adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heeft gesteld dat die regeling niet langer vol te houden is, daarenboven kan gelijke behandeling niet verzekerd worden.

l'INAMI à destination des patients sera diffusé via les pharmaciens d'officine.

Je ne connais pas le nombre de prescriptions mais il semble exponentiel! En dépit de quelques maladies de jeunesse, le système fonctionne bien. Les seuls problèmes relèvent de l'accès à internet.

Ce travail intense va dans l'intérêt du patient et du médecin. Les médecins plus âgés qui ne souhaitent pas s'informatiser doivent rester une minorité qui tend à diminuer.

Dans cette commission, depuis 1999, on parle de la digitalisation des soins de santé. Des primes à l'informatisation ont été données.

Certains médecins n'ont jamais voulu travailler avec un ordinateur. Pourtant les infirmiers se sont informatisés à 100 % en deux ans; la biologie clinique aussi.

**13.03 Véronique Caprasse (DéFI):** Je vous remercie pour vos réponses étoffées. Fixer une échéance est positif pour stimuler à avancer mais je doute que tous les problèmes seront résolus pour 2018.

Des médecins se déclarent seniors à 50 ans, c'est exagéré. Mais je comprends qu'il soit difficile pour des médecins âgés de s'adapter et il faut respecter qu'ils donnent la priorité aux soins aux patients.

Il faudra suivre l'évolution de la situation en vue de corriger le tir en cas de problème sur le terrain.

Je reste très méfiante car il s'agit d'un véritable retournement des mentalités.

*L'incident est clos.*

**14 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les RMN dans les hôpitaux" (n° 17944)**

**14.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Un nombre restreint d'hôpitaux ne dispose pas d'un appareil à résonance magnétique. Il s'agirait de neuf hôpitaux en Flandre et d'un hôpital en Wallonie. La Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille a indiqué que ce règlement n'était plus tenable, et qu'un traitement équitable ne pouvait en outre être assuré.

Kloppen deze cijfers? Welke ziekenhuizen hebben nog geen NMR-scanner? Welke stappen zullen worden ondernomen om de programmatieregeling bij te sturen en welke moeilijkheden worden hierbij verwacht?

**14.02** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): In Vlaanderen beschikken negen ziekenhuizen niet over een NMR. Hiervan zijn er vier die werken in associatie met andere ziekenhuizen.

De vijf Vlaamse ziekenhuizen die niet over een NMR beschikken, zijn het Ziekenhuis Maas en Kempen in Maaseik, het Sint-Vincentiusziekenhuis in Deinze, het AZ in Oudenaarde, het AZ in Lokeren en het Onze-Lieve-Vrouw-Van-Lourdes-ziekenhuis in Waregem.

In Wallonië beschikken negen ziekenhuizen niet over een NMR en zijn er drie die wel een associatie hebben met andere ziekenhuizen. Verder is er één ziekenhuis dat een associatie heeft voor het gebruik van een mobiele MNR.

Het Centre Hospitalier de l'Ardenne Vivalia heeft wel een geprogrammeerd apparaat, maar tot nu nog geen erkenning.

De vijf Waalse ziekenhuizen die niet over een NMR beschikken zijn: het Centre Hospitalier Tubize-Nivelles, het Centre Hospitalier de la Haute Senne, de Clinique Reine Astrid in Malmedy, het Hospital Sankt Nikolaus in Eupen en de Clinique André Renard in Herstal.

Ik volg de principes die vastgelegd zijn in het protocolakkoord van mijn voorganger. De eerste bijkomende schijf van twaalf toestellen werd gegund in 2016, een volgende uitbreiding kan pas gebeuren na het rapport van RIZIV dat nagaat of de budgetneutraliteit uit het protocolakkoord werd gerespecteerd.

Programmatie blijft belangrijk om het aanbod af te stemmen en het gezondheidszorgbudget onder controle te houden, ik zie dan ook niet hoe dit de artikelen 10 en 11 van de Grondwet zou schenden. Er is ook ruim overleg gepleegd met de betrokken beroepsgroep, die de huidige beleidsrichting overigens steunt. Wij hebben het auditoraatverslag waarin men de federale programmatie onbehoorlijk bestuur noemt, niet teruggevonden, kan iemand mij dit bezorgen?

In het protocolakkoord stond tevens een maatregel om een erkenningsnummer te geven voor al deze apparaten. Wij hebben toen vastgesteld dat er,

Ces chiffres sont-ils exacts? Quels hôpitaux ne disposent pas encore d'un scanner à résonance magnétique? Quelles démarches seront-elles entreprises afin de corriger le règlement de la programmation et quelles difficultés s'attend-on à rencontrer?

**14.02** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Neuf hôpitaux sont dépourvus d'un appareil RMN en Flandre. Parmi ceux-ci, quatre travaillent en association avec d'autres hôpitaux.

Les cinq hôpitaux flamands qui ne disposent pas d'appareils de RMN sont le Ziekenhuis Maas en Kempen à Maaseik, le Sint-Vincentiusziekenhuis à Deinze, l'hôpital universitaire d'Audenarde, celui de Lokeren et le Onze-Lieve-Vrouw-van-Lourdes-ziekenhuis à Waregem.

En Wallonie, neuf hôpitaux sont dépourvus de ces équipements, dont trois sont associés à d'autres établissements hospitaliers. De plus, un hôpital s'est associé à un autre pour l'utilisation d'un appareil de RMN mobile.

Le Centre Hospitalier de l'Ardenne Vivalia dispose d'un appareil programmé mais ne détient encore aucun agrément.

Les cinq hôpitaux wallons qui ne disposent pas de RMN sont le Centre Hospitalier Tubize-Nivelles, le Centre Hospitalier de la Haute Senne, la Clinique Reine Astrid à Malmedy, le Sankt Nikolaus-Hospital à Eupen et la Clinique André Renard à Herstal.

J'applique les principes fixés par ma prédécesseure dans le protocole d'accord. La première tranche additionnelle de douze appareils a été octroyée en 2016 et la prochaine extension ne pourra intervenir qu'après le rapport de l'INAMI qui vérifiera si la neutralité budgétaire stipulée dans le protocole d'accord a été respectée.

La programmation demeure un élément important de la gestion de l'offre et de la maîtrise du budget des soins de santé et je ne vois dès lors pas en quoi elle violerait les articles 10 et 11 de la Constitution. De plus, la profession concernée qui soutient du reste l'orientation politique actuelle, a été largement consultée. Nous n'avons trouvé aucune trace du rapport de l'auditorat qualifiant la programmation fédérale de mauvaise gestion. Quelqu'un pourrait-il me le transmettre?

Le protocole d'accord incluait en outre une mesure visant à attribuer un numéro d'agrément à chacun de ces appareils. Nous avons constaté qu'en dépit

ondanks regularisaties, veel zwarte apparaten waren. Er blijven dus nog altijd nieuwe apparaten opduiken.

De wildgroei van scanners heeft het overschakelen naar NMR's bemoeilijkt. Wat ook budgettair een moeilijke zaak is. Het aantal scanneronderzoeken moet naar beneden en dan kunnen er nog NMR's bijkomen.

Er is zich ook een specialisatie in al deze toestellen aan het ontwikkelen en dan kan het niet dat in elk hospitaal elke scanner voorhanden is, men zal moeten in netwerken werken.

Als er wachtlijsten zijn of moeilijkheden op het terrein, is dat omdat er nog steeds te veel voorschriften worden geschreven.

**14.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Ik zal het auditorsverslag aan de minister bezorgen.

*Het incident is gesloten.*

**15 Vraag van mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-invasieve prenatale test (NIPT) voor zwangere vrouwen" (nr. 17952)**

**15.01 Nawal Ben Hamou (PS):** Dankzij de niet-invasieve prenatale test (NIPT) kan via een eenvoudige bloedafname trisomie 21 *in utero* worden opgespoord en kunnen de toekomstige ouders precieze informatie krijgen. De test wordt nog steeds niet door het RIZIV vergoed en kost 390 euro, waardoor minder bemiddelde vrouwen hem niet kunnen betalen. In 2015 hebt u aan collega Massin geantwoord dat u de Technisch-medische raad had gevraagd een voorstel op te stellen omtrent de terugbetaling van die test.

Wat is de stand van zaken? Zal men aan een hele reeks criteria moeten voldoen om recht te hebben op terugbetaling? Wordt die test binnenkort laagdrempeliger?

**15.02 Minister Maggie De Block (Frans):** Het klopt niet dat sommige vrouwen de prenatale screening niet kunnen betalen, want de andere test bestaat ook nog steeds.

Het is mijn bedoeling de NIPT voor alle zwangere vrouwen te vergoeden en de terugbetaling op te nemen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Ik heb daarvoor middelen uitgetrokken en heb het RIZIV een voorstel in die

des régularisations, il existait de nombreux appareils 'clandestins'. Aujourd'hui encore, de nouveaux appareils continuent à faire surface.

La prolifération incontrôlée de scanners a rendu difficile le passage aux appareils de RMN, une situation qui a également entraîné des problèmes budgétaires. Il sera possible d'accroître le nombre d'installations de RMN si le nombre d'exams au scanner diminue comme il se doit.

Étant donné la spécialisation à laquelle nous assistons parmi tous ces appareils, il est inconcevable que chaque hôpital dispose de chaque type de scanner. Il conviendra de réfléchir en termes de réseaux.

Les listes d'attente ou les difficultés éprouvées sur le terrain proviennent toujours d'un nombre excessif de prescriptions.

**14.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Je ferai parvenir à la ministre le rapport d'auditorat que j'ai évoqué.

*L'incident est clos.*

**15 Question de Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test prénatal non invasif (DPNI) pour les femmes enceintes" (n° 17952)**

**15.01 Nawal Ben Hamou (PS):** Le test prénatal non invasif (NIPT) permet, par simple prise de sang, de dépister la trisomie 21 *in utero* et de fournir des informations précises aux futurs parents. Le test n'est toujours pas remboursé par l'INAMI et son coût de 390 euros le rend inaccessible aux femmes avec peu de moyens. En 2015, vous répondiez à mon collègue Massin avoir chargé le Conseil technique médical de rédiger une proposition de remboursement pour ce test.

Où en est avec cette proposition? Faudra-t-il respecter une liste de critères pour être remboursé? Ce test sera-t-il prochainement plus accessible?

**15.02 Maggie De Block, ministre (en français):** Dire que des patients ne peuvent payer le dépistage est faux car l'autre test existe toujours.

Je veux rembourser le test NIPT à toutes les femmes enceintes et intégrer le remboursement dans la nomenclature des prestations de santé. J'ai débloqué les moyens et transmis une proposition à l'INAMI pour ce remboursement. Le Conseil

zin overgezonden. De Technisch-medische raad en het Verzekeringscomité zullen de eindvoorstellen daaromtrent binnenkort goedkeuren.

*Het incident is gesloten.*

**16** Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van een diëtist en een psycholoog bij overgewicht en obesitas" (nr. 17951)

**16.01** Yoleen Van Camp (N-VA): Bij mijn vorige vraag hierover zei de minister dat de studies naar de terugbetaling van diëtist en psycholoog bij overgewicht en obesitas bijna klaar waren. Het rapport van het Observatorium voor de chronisch ziekten moest enkel nog worden gevalideerd. De verzekeringsinstellingen zouden via het InterMutualistisch Agentschap (IMA) een studie hebben afgewerkt over bariatric en de behandeling van obesitas.

Wat is de stand van zaken? Kan men ons de rapporten bezorgen? Wat zijn de resultaten?

**16.02** Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Het Observatorium keurde het rapport over obesitasheilkunde goed tijdens zijn plenaire vergadering van 23 maart 2017. Het is inmiddels openbaar. Er zijn zeven aanbevelingen gedaan: de verbetering van de initiële tenlasteneming, de actualisering van de indicaties betreffende obesitasheilkunde, een aanpassing van de nomenclatuur, de creatie van een nationaal register voor obesitasheilkunde, structurering van de sector, de organisatie van een revalidatie van de operatiepatiënten en de verbetering van de follow-up op lange termijn.

Het IMA heeft de resultaten van zijn nationaal onderzoek nog niet gepubliceerd. Ook wij wachten op dit rapport.

De slotnota van het Observatorium kunnen wij elektronisch doorsturen.

*Het incident is gesloten.*

**17** Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Natulan" (nr. 17953)

**17.01** Yoleen Van Camp (N-VA): Kan de minister een stand van zaken geven in het dossier van de

technique médical et le Comité d'assurance doivent adopter prochainement les propositions finales.

*L'incident est clos.*

**16** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'un diététicien et d'un psychologue en cas de surcharge pondérale et d'obésité" (n° 17951)

**16.01** Yoleen Van Camp (N-VA): En réponse à ma question précédente à ce sujet, la ministre avait affirmé que les études portant sur la question du remboursement d'un diététicien et d'un psychologue en cas de surcharge pondérale et d'obésité étaient presque terminées. Il ne restait plus qu'à attendre la validation du rapport de l'Observatoire des maladies chroniques. Les organismes assureurs auraient en outre réalisé une étude sur la bariatrie et le traitement de l'obésité par le biais de l'Agence Intermutualiste (AIM).

Où en sont ces études? Les rapports peuvent-ils nous être fournis? Quels résultats ont-ils été obtenus?

**16.02** **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): L'Observatoire a approuvé le rapport sur la chirurgie de l'obésité lors de sa réunion plénière du 23 mars 2017. Dans l'intervalle, ce rapport a été publié. Sept recommandations ont été formulées: l'amélioration de la prise en charge initiale, l'actualisation des indications relatives à la chirurgie de l'obésité, l'adaptation de la nomenclature, la création d'un registre national de la chirurgie bariatrique, la structuration du secteur, l'organisation d'une revalidation des patients ayant subi une opération et l'amélioration du suivi à long terme.

L'AIM n'a pas encore publié les résultats de son enquête nationale. Nous attendons également ce rapport.

Nous pouvons vous transmettre la note définitive de l'Observatoire par voie électronique.

*L'incident est clos.*

**17** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Natulan" (n° 17953)

**17.01** Yoleen Van Camp (N-VA): La ministre peut-elle présenter un état d'avancement du dossier

terugbetaling van Natulan?

**17.02** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Die terugbetaling was eigenlijk al gepland, maar de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) heeft haar handen meer dan vol gehad met de begroting. Zij zal het dossier binnenkort opnieuw bekijken, daarna volgt de evaluatie en de kennisname en vervolgens zal er een beslissing vallen.

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter**: De vragen nrs. 17955 en 17987 van de heer Senesael worden uitgesteld. De vraag nr. 17960 van mevrouw Lalieux en de interpellatie nr. 209 van mevrouw Onkelinx vervallen. De vragen nrs. 17974 van mevrouw Hufkens, 17977 van mevrouw Jadin en 18103 van mevrouw Muylle worden omgezet in schriftelijke vragen.

**18** **Vraag van mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overgangsmaatregelen in het kader van de erkenning van het beroep van psychotherapeut" (nr. 18028)**

**18.01** **Véronique Caprasse** (DéFI): Het Grondwettelijk Hof heeft artikel 11 van uw wet betreffende de uitoefening van de psychotherapie vernietigd. Het vernietigingsarrest is in kracht van gewijsde sinds het in het *Belgisch Staatsblad* werd bekendgemaakt in april. Het artikel voorziet niet in een overgangsregeling voor personen die vóór de inwerkingtreding van de wet als psychotherapeut praktiseerden zonder aan de nieuwe voorwaarden te voldoen. Volgens het Grondwettelijk Hof is er sprake van een schending van de Grondwet, omdat het verschil in behandeling niet op redelijke wijze gerechtvaardigd wordt. Deze therapeuten mogen hun praktijk dus voortzetten in afwachting van de overgangsmaatregelen, die noodzakelijk zijn om artikel 11 van de wet in overeenstemming te brengen met de Grondwet.

Hebben uw diensten dit arrest bestudeerd? Zal er binnenkort een veegwetsontwerp met een overgangsregeling voorgesteld worden?

**18.02** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Ik heb op 29 maart geantwoord op een vraag van mevrouw Gerkens over hetzelfde onderwerp. Mijn diensten hebben het advies geanalyseerd, maar het overleg met de stakeholders over de exacte draagwijdte van het arrest is nog niet afgerond.

**18.03** **Véronique Caprasse** (DéFI): Het was me er

concernant le remboursement du Natulan?

**17.02** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Ce remboursement est en réalité déjà programmé mais la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) a été très occupée par le budget. Elle réexaminera prochainement le dossier. Celui-ci sera ensuite étudié et évalué, après quoi la décision sera prise.

*L'incident est clos.*

La **présidente**: Les questions n<sup>os</sup> 17955 et 17987 de M. Senesael sont reportées. La question n<sup>o</sup> 17960 de Mme Lalieux et l'interpellation nr. 209 de Mme Onkelinx sont supprimées. Les questions n<sup>os</sup> 17974 de Mme Hufkens, 17977 de Mme Jadin et 18103 de Mme Muylle sont transformées en questions écrites.

**18** **Question de Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures transitoires dans le cadre de la reconnaissance de la profession de psychothérapeute" (n<sup>o</sup> 18028)**

**18.01** **Véronique Caprasse** (DéFI): La Cour constitutionnelle a annulé l'article 11 de votre loi consacrée à l'exercice de la psychothérapie. L'arrêt a autorité de chose jugée depuis sa parution au *Moniteur* en avril. L'article ne prévoyait pas de régime transitoire destiné aux personnes qui durant la période précédant l'entrée en vigueur de la loi exerçaient la pratique de la psychothérapie sans satisfaire aux conditions nouvellement instituées. La Cour y voit une violation de la Constitution, dès lors que la différence de traitement n'est pas justifiée de manière raisonnable. Ces personnes peuvent donc continuer à exercer en attendant les mesures transitoires nécessaires pour réparer l'inconstitutionnalité.

Vos services ont-ils analysé cet arrêt? Un projet de loi correctif prévoyant un régime transitoire sera-t-il présenté prochainement?

**18.02** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): J'ai répondu sur le même sujet à Mme Gerkens le 29 mars. Mes services ont analysé l'avis mais la concertation est en cours avec les parties prenantes au sujet de la portée exacte de l'arrêt.

**18.03** **Véronique Caprasse** (DéFI): Je voulais

enkel om te doen zeker te zijn dat de psychotherapeuten op dezelfde manier kunnen blijven werken zonder zich schuldig te maken aan wetsovertredingen.

*Het incident is gesloten.*

**19** Vraag van mevrouw Annick Lambrecht aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "intensieve veeteelt en volksgezondheid in West-Vlaanderen" (nr. 18044)

**19.01** Annick Lambrecht (sp.a): De West-Vlaamse Milieufederatie (WMF) heeft onlangs een rapport voorgesteld over de intensieve veeteelt en de gezondheidsrisico's die het wonen in een veeteeltgebied met zich kan meebrengen. West-Vlaanderen behoort tot de absolute wereldtop van de intensieve agrarische productie. Bovendien concentreren de activiteiten zich op steeds minder boerderijen binnen bepaalde subregio's. Het verzet tegen nieuwe stallen groeit en het gezondheidsargument klinkt steeds luider.

Het rapport van de WMF is gebaseerd op ruim 100 wetenschappelijke publicaties en geeft een overzicht van de gezondheidsbedreigende aspecten van de veeteelt, zoals de gezondheidseffecten van ammoniak en de stijgende resistentie van bacteriën en schimmels.

De WMF vindt het vreemd dat er geen onderzoek wordt gepubliceerd over deze gezondheidseffecten. De huidige milieueisen lijken onvoldoende om de gezondheid van de bevolking nog te kunnen garanderen. Waarom bestaat dat onderzoek niet? Zal de minister hierin investeren?

**19.02** Minister Maggie De Block (Nederlands): Het beperken van de milieu-effecten van de veeteelt en het meten van de milieugevolgen is een gewestelijke bevoegdheid. Mocht dit punt geagendeerd worden in het Nationale Actieplan voor Milieu en Gezondheid, dan zal ik er zeker de nodige aandacht aan besteden. Ik ben ook bereid om advies te vragen aan de Hoge Gezondheidsraad, maar dat kan slechts gebeuren op vraag van de deelstaten.

*Het incident is gesloten.*

**20** Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de controles op kerstmarkten in de Kempen" (nr. 18064)

simplement être rassurée sur le fait que les psychothérapeutes pouvaient travailler comme avant sans se mettre en difficulté par rapport à la loi.

*L'incident est clos.*

**19** Question de Mme Annick Lambrecht à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'élevage intensif et la santé publique en Flandre occidentale" (n° 18044)

**19.01** Annick Lambrecht (sp.a): La fédération west-flamande pour l'environnement (West-Vlaamse Milieufederatie ou WMF) a présenté récemment un rapport sur l'élevage intensif et les risques qu'il représente pour la santé de ceux qui habitent dans les zones concernées. La Flandre occidentale fait partie, à l'échelle mondiale, des zones qui détiennent un record absolu en matière de la production agricole intensive. De plus, ces activités se concentrent sur un nombre toujours plus restreint de fermes dans certaines sous-régions. L'opposition contre les nouvelles étables se fait de plus en plus vive et l'argument de la santé est de plus en plus souvent brandi.

Le rapport de la WMF est basé sur près de 100 publications scientifiques et présente un aperçu des risques de l'élevage pour la santé, tels que les dangers de l'ammoniac et la résistance toujours plus grande aux bactéries et aux moisissures.

Le WMF s'étonne de l'absence de publications concernant ces effets sur la santé. Les normes actuelles en matière d'environnement semblent insuffisantes pour pouvoir garantir la santé de la population. Pourquoi cette absence d'études? La ministre investira-t-elle dans ce domaine?

**19.02** Maggie De Block, ministre (en néerlandais): La limitation des effets sur l'environnement de l'élevage et la mesure de ces effets constituent une compétence régionale. Si ce point devait être inscrit à l'ordre du jour du Plan d'Action National pour l'Environnement et la Santé, j'y accorderai certainement l'attention qu'il mérite. Je suis également disposée à demander l'avis du Conseil Supérieur de la Santé mais je ne puis le faire qu'à la demande des entités fédérées.

*L'incident est clos.*

**20** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les contrôles effectués sur les marchés de Noël en Campine" (n° 18064)

**20.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): In het antwoord op mijn schriftelijke vraag over alcoholcontroles op kerstmarkten in de Kempen, werden Turnhout, Maaseik en Hasselt vernoemd.

Mag ik daaruit opmaken dat in de Kempen enkel in Turnhout controles werden uitgevoerd?

**20.02 Minister Maggie De Block** (*Nederlands*): De Kempen zijn een geografische landbouwstreek die zich uitstrekt over de provincies Antwerpen en Limburg. De Kempen bestrijken driekwart van de provincie Antwerpen. De tabak- en alcoholcontroledienst heeft zich voor het schriftelijke antwoord gebaseerd op die geografische landbouwstreek. In wat juffrouw Van Camp als de Kempen beschouwt, vonden controles plaats op de kerstmarkt in Turnhout in 2012, 2013, 2015 en 2016 en op de kerstmarkt van Kapellen in 2014 en 2015. In Turnhout werden drie inbreuken vastgesteld, in Kapellen geen.

Gezien haar beperkte personeelscapaciteit heeft de tabak- en alcoholcontroledienst zich in het verleden geconcentreerd op kerstmarkten in centrumsteden met veel middelbare scholen. Nu er twaalf nieuwe controleurs zijn, kan er meer aandacht gaan naar kerstmarkten in landelijke gebieden.

**20.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik zal voortaan preciezer zijn in mijn vragen.

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter**: Vraag nr. 18087 van mevrouw Fonck wordt uitgesteld.

**21 Vraag van de heer Dirk Janssens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kandidatuur van België voor de vestiging van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA)" (nr. 18103)**

**21.01 Dirk Janssens** (Open Vld): Het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) is gevestigd in Londen. Met de Brexit hebben al heel wat landen interesse getoond om het EMA aan te trekken. De Brusselse regering heeft haar kandidatuur ingediend om het EMA naar Brussel te halen.

Welke acties worden er ondernomen om ons land in Europa te promoten als vestigingsplaats voor het EMA?

**21.02 Minister Maggie De Block** (*Nederlands*): De

**20.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Dans la réponse à ma question écrite concernant les contrôles d'alcoolémie sur les marchés de Noël en Campine, Turnhout, Maaseik et Hasselt ont été citées.

Puis-je en déduire qu'en Campine des contrôles ont uniquement été effectués à Turnhout?

**20.02 Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): La Campine constitue une région géographique agricole qui s'étend sur les provinces d'Anvers et du Limbourg et recouvre les trois-quarts de la province d'Anvers. Le service chargé des contrôles anti-tabac et anti-alcool s'est basé, pour la rédaction de la réponse à votre question, sur cette zone géographique-là. Dans la zone que Mademoiselle Van Camp considère comme la Campine, des contrôles ont été effectués sur le marché de Noël de Turnhout en 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016 et sur le marché de Noël de Kapellen en 2014 et 2015. À Turnhout, trois infractions ont été constatées, à Kapellen, aucune.

Compte tenu de son effectif restreint, le service des contrôles anti-tabac et anti-alcool s'est concentré par le passé sur les marchés de Noël des centres urbains comptant de nombreuses écoles secondaires. À présent que le service compte douze contrôleurs, il pourra davantage s'intéresser aux zones rurales.

**20.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Je formulerai désormais mes questions de manière plus précise.

*L'incident est clos.*

La **présidente**: La question n° 18087 de Mme Fonck est reportée.

**21 Question de M. Dirk Janssens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la candidature de la Belgique pour accueillir le siège de l'Agence européenne des médicaments (AEM)" (n° 18103)**

**21.01 Dirk Janssens** (Open Vld): L'Agence Européenne des Médicaments (AEM) est établie à Londres. À la suite du Brexit, bon nombre de pays ont manifesté leur souhait d'accueillir cette agence. Le gouvernement bruxellois a posé la candidature de Bruxelles.

Quelles actions sont entreprises pour promouvoir notre pays pour l'accueil de l'AEM?

**21.02 Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*):



Brexit heeft uiteraard ook gevolgen voor de Europese agentschappen in het Verenigd Koninkrijk.

Voor de verhuizing van het EMA zijn er 22 kandidaten, waaronder ook ons land. De Europese Raad moet de knoop doorhakken. In juni wordt een voorstel gedaan over de procedure en de criteria waaraan het nieuwe gastland zou moeten voldoen. Enkele van die criteria zijn een goed nationaal agentschap, voldoende ICT en accommodatie. Ons land heeft drie mogelijke vestigingsplaatsen, waaronder Brussel en Louvain-la-Neuve. De beslissing wordt in oktober verwacht. Ik denk dat het voor een deel ook een politieke beslissing zal worden.

Er is een werkgroep opgericht voor de inhoudelijke voorbereiding van de Belgische kandidatuur en Buitenlandse Zaken heeft een brochure uitgewerkt om onze troeven uit te spelen en onze kandidatuur te verdedigen. Er zijn verschillende landen met een sterke kandidatuur. De continuïteit van de werkzaamheden van het EMA moet de grootste bekommernis van de Europese leiders zijn.

Voor het voortzetten van de Europese werkzaamheden van het Britse Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency is een sterk nationaal geneesmiddelenagentschap een *sine qua non*. België heeft hier met het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten een extra troef.

De promotie van ons land valt onder de bevoegdheid van Buitenlandse Zaken, maar de regering voert campagne op verschillende terreinen. Ik had gisteren bijvoorbeeld nog zeven bilaterale contacten in Malta.

Vorige week was er een bezoek van de Europese commissaris voor Gezondheid, aan wie ik onze kandidatuur heb toegelicht. De regering heeft ook al contact gehad met Luxemburg. Iedereen – ook de regio's en het FAVV – doet moeite om onze positie zo goed mogelijk te verdedigen.

De aanwezigheid van de Europese Commissie en goede internationale scholen en accommodatie is een pluspunt. Het gaat immers over een negenhonderdtal personeelsleden. Voor hen is het ook een schok. Voor het pand in Londen bestaat een huurcontract tot 2039 zonder opzeggingsclausule. Daarom hebben wij er op aangedrongen om de verhuizing zo snel en zo vlot mogelijk te laten plaatsvinden.

Le Brexit a évidemment aussi des conséquences pour les agences européennes établies au Royaume-Uni.

Vingt-deux pays, dont le nôtre, sont candidats à l'accueil de l'AEM après son déménagement. Le Conseil européen doit trancher. Une proposition concernant la procédure et les critères auxquels le nouveau pays d'accueil doit satisfaire sera formulée en juin. Entre autres critères, citons la présence d'une agence nationale de qualité, des TIC performants et les équipements et services disponibles. Dans notre pays, trois sites, dont Bruxelles et Louvain-la-Neuve, répondent aux conditions. La décision est attendue pour octobre. Je pense qu'elle revêtira également pour une part un caractère politique.

Un groupe de travail chargé de la préparation concrète de la candidature belge a été mis sur pied et les Affaires étrangères ont rédigé une brochure mettant en avant nos atouts et défendant notre candidature. Plusieurs pays ont un dossier solide. La continuité des travaux de l'AEM doit constituer le principal souci des dirigeants européens.

Pour la poursuite des travaux européens de la Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency britannique, une agence de médicaments sérieuse au niveau national constitue une condition *sine qua non*. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé constitue donc pour la Belgique un atout supplémentaire.

La promotion de notre pays relève de la compétence du ministre des Affaires étrangères mais le gouvernement mène campagne sur plusieurs fronts. Ainsi, j'ai eu hier à Malte pas moins de sept contacts bilatéraux.

La semaine dernière, nous avons reçu la visite du commissaire européen à la Santé, auprès duquel j'ai commenté notre candidature. Le gouvernement a également déjà eu des contacts avec le Luxembourg. Toutes les parties – et donc également les Régions et l'AFSCA – déploient des efforts pour défendre au mieux notre candidature.

La présence de la Commission européenne et d'écoles internationales et d'équipements de qualité constitue un atout. Quelque 900 membres du personnel sont en effet concernés. Pour eux également, le choc est grand. Le bâtiment à Londres fait l'objet d'un contrat de location sans clause de résiliation jusqu'en 2039. C'est pourquoi nous avons insisté pour que le déménagement ait lieu dans les meilleurs délais.

Er zijn sterke kapers op de kust. Iedereen vindt zijn land het meest geschikt. Er zijn ook landen die er veel geld voor over hebben.

**21.03 Dirk Janssens** (Open Vld): Het zou gaan om 600 à 900 jobs. Dat is niet onbelangrijk. Ik wens de minister veel succes in dit dossier.

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter**: Vragen nrs. 18111 en 18113 van de heer Hedebouw, vraag nr. 18130 van de heer Vercammen en vraag nr. 18330 van mevrouw Cassart-Mailleux worden omgezet in schriftelijke vragen. Vraag nr. 18112 van de heer Hedebouw en vragen nrs. 18294 en 18295 van de heer Van Hees worden ingetrokken.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.14 uur.*

De nombreux pays sont sur les rangs, chacun considérant que sa candidature est la meilleure. Certains pays sont prêts à dégager des moyens importants.

**21.03 Dirk Janssens** (Open Vld): Six cents à neuf cents emplois seraient concernés. Il s'agit-là d'un aspect non négligeable. Je souhaite bonne chance à la ministre dans ce dossier.

*L'incident est clos.*

La **présidente**: Les questions n<sup>os</sup> 18111 et 18113 de M. Hedebouw, la question n<sup>o</sup> 18130 de M. Vercammen et la question n<sup>o</sup> 18330 de Mme Cassart-Mailleux sont transformées en questions écrites. La question n<sup>o</sup> 18112 de M. Hedebouw et les questions n<sup>os</sup> 18294 et 18295 de M. Van Hees sont retirées.

*La réunion publique de commission est levée à 18 h 14.*