



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS
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

21-06-2017

Namiddag

Mercredi

21-06-2017

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 cdH	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen centre démocrate Humaniste
VB	Vlaams Belang
DéFI	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PTB-GO!	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture!
Vuye&Wouters	Vuye&Wouters
PP	Parti Populaire

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

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

INHOUD

Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van zuurstofflessen bij COPD" (nr. 18554) <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	1
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de minimale opnameduur voor de diensten geriatrie" (nr. 18555) <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	2
Samengevoegde interpellatie en vraag van	2
- mevrouw Catherine Fonck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van cochleaire implantaten" (nr. 225)	2
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van cochleaire implantaten" (nr. 18986) <i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	2
<i>Moties</i>	4
Samengevoegde vragen van	5
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tandartsbezoek voor kinderen" (nr. 18566)	5
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "tandzorg bij kinderen" (nr. 18622) <i>Sprekers: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	5
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Xentari bij de buxusmot" (nr. 18582) <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	7
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "huistandarts en GTD" (nr. 18598) <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De</i>	9

SOMMAIRE

Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des bouteilles d'oxygène en cas de BPCO" (n° 18554) <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	1
Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la durée d'hospitalisation minimale dans les services de gériatrie" (n° 18555) <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	2
Interpellation et question jointes de	2
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des implants cochléaires" (n° 225)	2
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des implants cochléaires" (n° 18986) <i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	2
<i>Motions</i>	4
Questions jointes de	5
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la visite chez le dentiste pour les enfants" (n° 18566)	5
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins dentaires pour les enfants" (n° 18622) <i>Orateurs: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	5
Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Xentari contre la pyrale du buis" (n° 18582) <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	7
Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dentiste de famille et le DDG" (n° 18598) <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De</i>	9

Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		Block , 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 toekomst van de Orde der dierenartsen" (nr. 18599)	10	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir de l'Ordre des médecins vétérinaires" (n° 18599)	10
<i>Sprekers:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , 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 screening van de marmerbeenziekte bij zwangerschap" (nr. 18600)	12	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage de la maladie des os de marbre durant la grossesse" (n° 18600)	12
<i>Sprekers:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Yoleen Van Camp, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	12	Questions jointes de	12
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte studenten geneeskunde" (nr. 18604)	12	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte d'étudiants en médecine" (n° 18604)	12
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 18631)	12	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 18631)	12
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 18766)	12	- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 18766)	12
- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte bij studenten geneeskunde" (nr. 18970)	12	- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte chez les étudiants en médecine" (n° 18970)	12
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 19092)	12	- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 19092)	12
<i>Sprekers:</i> Catherine Fonck , voorzitter van de cdH-fractie, Valerie Van Peel, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Catherine Fonck , présidente du groupe cdH, Valerie Van Peel, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	16	Questions jointes de	16
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Truvada in het kader van de hiv-preventie" (nr. 18721)	16	- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Truvada dans le cadre de la prévention contre le VIH" (n° 18721)	16
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Truvada" (nr. 18745)	16	- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Truvada" (n° 18745)	16
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Truvada" (nr. 19091)	16	- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Truvada" (n° 19091)	16

<p>- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "PrEP voor MSM" (nr. 19160) <i>Sprekers: Daniel Senesael, Karin Jiroflée, Maggie De Block</i>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	16	<p>- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la PrEP pour les HSH" (n° 19160) <i>Orateurs: Daniel Senesael, Karin Jiroflée, Maggie De Block</i>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	16
<p>Samengevoegde vragen van</p>	19	<p>Questions jointes de</p>	19
<p>- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geldigheid van het (elektronisch) voorschrift" (nr. 18761)</p>	19	<p>- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la validité des prescriptions (électroniques)" (n° 18761)</p>	19
<p>- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 19211) <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Catherine Fonck</i>, voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	19	<p>- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 19211) <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Catherine Fonck</i>, présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	19
<p>Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisapotheek en het gedeeld farmaceutisch dossier" (nr. 18762) <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	21	<p>Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pharmacie familiale et le dossier pharmaceutique partagé" (n° 18762) <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	21
<p>Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële hinderpalen voor levende donatie van organen" (nr. 18816) <i>Sprekers: Catherine Fonck</i>, voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	22	<p>Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les obstacles financiers au don vivant d'organes" (n° 18816) <i>Orateurs: Catherine Fonck</i>, présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	22
<p>Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fraude in de gezondheidszorg" (nr. 18811) <i>Sprekers: Karin Jiroflée, Maggie De Block</i>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	23	<p>Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fraude dans le secteur des soins de santé" (n° 18811) <i>Orateurs: Karin Jiroflée, Maggie De Block</i>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	23
<p>Samengevoegde vragen van</p>	25	<p>Questions jointes de</p>	25
<p>- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 18860)</p>	25	<p>- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 18860)</p>	25
<p>- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 19035)</p>	25	<p>- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 19035)</p>	25
<p>- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen op wijkgezondheidscentra" (nr. 19090)</p>	25	<p>- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies dans le secteur des maisons médicales" (n° 19090)</p>	25

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wijkgezondheidscentrum De Piramide in Menen" (nr. 19123)	25	- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maison médicale 'De Piramide' à Menin" (n° 19123)	25
<i>Sprekers: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Yoleen Van Camp		<i>Orateurs: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Yoleen Van Camp	
Samengevoegde vragen van	28	Questions jointes de	28
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gewijzigde vergoedingsvoorwaarden voor de geneesmiddelen die tot de klasse van de normale menselijke immunoglobulinen behoren" (nr. 18835)	28	- 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° 18835)	28
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorwaarden voor de terugbetaling van immunoglobulinen" (nr. 18932)	28	- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conditions de remboursement des immunoglobulines" (n° 18932)	28
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "immunoglobulinen" (nr. 19374)	28	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les immunoglobulines" (n° 19374)	28
<i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, Yoleen Van Camp, Maggie De Block , 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 stavaza inzake de pilootprojecten mHealth en telegeneeskunde" (nr. 18878)	32	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'état d'avancement des projets pilotes en matière de santé mobile et de télémédecine" (n° 18878)	32
<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 juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsdoelstellingen" (nr. 18879)	33	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les objectifs en matière de santé" (n° 18879)	33
<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 juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opwaardering van het verpleegkundig beroep" (nr. 18880)	33	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la revalorisation de la profession infirmière" (n° 18880)	33
<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	
Samengevoegde vragen van	34	Questions jointes de	34
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NIPT-test" (nr. 18907)	34	- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test DPNI" (n° 18907)	34
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van	34	- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires	34

Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NIPT-test" (nr. 19033)

sociales et de la Santé publique sur "le test prénatal non invasif (TPNI)" (n° 19033)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de draagwijdte van de NIPT-test" (nr. 19058) 34

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la portée du test DPNI" (n° 19058) 34

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de multidisciplinaire follow-up van personen met het downsyndroom" (nr. 19327) 34

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge multidisciplinaire de la trisomie 21" (n° 19327) 34

Sprekers: **Karin Jiroflée, Els Van Hoof, Anne Dedry, Daniel Senesael, Maggie De Block,** minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Orateurs: **Karin Jiroflée, Els Van Hoof, Anne Dedry, Daniel Senesael, Maggie De Block,** ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 21 JUNI 2017

Namiddag

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

du

MERCREDI 21 JUIN 2017

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.17 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van zuurstofflessen bij COPD" (nr. 18554)

01.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Kan de minister de regeling voor de terugbetaling van zuurstofflessen voor mensen met COPD verduidelijken? Waarop is die regeling gebaseerd?

In sommige Europese landen zouden deze zuurstofflessen vrij te verkrijgen zijn, bij ons niet. Wordt er gepleit voor een Europees kader?

01.02 Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Voor de eerste vraag verwijs ik naar de website van het RIZIV. Terugbetaling hangt onder meer af van het zuurstofgehalte en de longinhoud.

In ons land is er een goede omkadering voor het veilig ter beschikking stellen van zuurstoftherapie. Een initiatief op Europees niveau lijkt me geen dringende noodzaak. We zijn overigens een van de weinige landen waar de zuurstof zowel via een distributieketen als via de apotheker kan besteld worden.

Een van de taken van de voorschrijvende arts is om

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 17 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des bouteilles d'oxygène en cas de BPCO" (n° 18554)

01.01 Yoleen Van Camp (N-VA): La ministre peut-elle m'expliquer le système de remboursement des bouteilles d'oxygène pour les patients atteints de BPCO? Sur quels éléments ce système se fonde-t-il?

Ces bouteilles d'oxygène seraient en vente libre dans certains pays européens, mais pas chez nous. Entendez-vous plaider pour la mise en place d'un cadre européen?

01.02 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Pour la première question, je vous renvoie au site internet de l'INAMI. Le remboursement dépend notamment de la teneur en oxygène et de la capacité pulmonaire.

Notre pays est doté d'un bon cadre pour la mise à disposition sécurisée de l'oxygénothérapie. Une initiative à l'échelon européen ne me semble pas urgente. Nous sommes d'ailleurs l'un des rares pays où il est possible de commander de l'oxygène aussi bien en passant par une chaîne d'approvisionnement en médicaments qu'en pharmacie.

Il appartient notamment au médecin prescripteur de

te kijken hoe en waar de patiënt de aanvraag kan doen.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de minimale opnameduur voor de diensten geriatrie" (nr. 18555)

02.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Voor patiënten op de dienst geriatrie geldt een verplichte opnameduur van minimum drie weken. Dit lijkt mij niet de meest correcte besteding van middelen.

Wat is de ratio daarachter? Heeft de minister plannen om dit af te schaffen?

02.02 Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Er bestaat geen verplichte opnameduur voor patiënten die worden gehospitaliseerd. Wel financieren sommige ZIV-conventies specifieke revalidatieprogramma's die in een bepaalde behandelingsduur voorzien. Mogelijk bevinden bepaalde geriatrie patiënten zich in een dergelijk zorgprogramma. Die revalidatieprogramma's zijn uitzonderlijk en gebaseerd op wetenschappelijke richtlijnen voor de behandeling van specifieke aandoeningen. Voor een recidiverende urosepsis is er geen specifiek revalidatieprogramma.

Op basis van de cijfers van de voorgaande jaren wordt de gemiddelde ligduur in de geriatrie diensten ingeschat tussen de tien en de elf dagen.

Als er een lage bezettingsgraad is in een ziekenhuis en er nog plaats is, dan houdt men soms de mensen wat langer. Onder meer hierom moeten wij onze hervorming doorvoeren, zodat er een hogere bezettingsgraad komt op die diensten en er efficiënter wordt omgegaan met de middelen.

03 **Samengevoegde interpellatie en vraag van**
- mevrouw Catherine Fonck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van cochleaire implantaten" (nr. 225)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van cochleaire implantaten" (nr. 18986)

03.01 Catherine Fonck (cdH): Tot voor kort werd voor de terugbetaling van cochleaire en middenoorimplantaten gewerkt met een voorafgaand akkoord. De chirurg voerde de ingreep

s'informer sur les modalités de remboursement et sur l'endroit où le patient peut faire sa demande.

L'incident est clos.

02 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la durée d'hospitalisation minimale dans les services de gériatrie" (n° 18555)

02.01 Yoleen Van Camp (N-VA): La durée d'hospitalisation minimale obligatoire des patients en service de gériatrie est de trois semaines. Cela ne me paraît pas correspondre à une affectation optimale des moyens.

Sur la base de quels critères, cette obligation a-t-elle été instaurée? La ministre projette-t-elle de la supprimer?

02.02 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Aucune durée d'hospitalisation n'est imposée aux patients. Certaines conventions AMI financent toutefois des programmes de réhabilitation spéciaux qui prévoient une durée de traitement déterminée. Il est possible que certains patients admis en gériatrie participent à de tels programmes de soins. Ces programmes de réhabilitation sont exceptionnels et basés sur des directives scientifiques, régissant le traitement d'affections spécifiques. Il n'existe pas de programme de réhabilitation spécial en cas de récurrence d'urosepsie.

Sur la base des statistiques des années précédentes, en gériatrie, la durée d'hospitalisation moyenne estimée varie entre dix et onze jours.

Lorsqu'un hôpital présente un faible taux d'occupation et qu'il lui reste de la place, il arrive qu'on y garde les patients plus longtemps. C'est l'une des raisons de cette réforme qui doit amener un taux d'occupation plus élevé et une utilisation plus efficace des moyens.

03 **Interpellation et question jointes de**
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des implants cochléaires" (n° 225)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des implants cochléaires" (n° 18986)

03.01 Catherine Fonck (cdH): Jusque récemment existait une autorisation d'accord de remboursement préalable aux implants cochléaires et implants d'oreille moyenne. Le chirurgien ne

pas uit nadat het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV zijn toestemming had gegeven.

In de omzendbrief van het RIZIV aan de algemene ziekenhuizen van 6 maart 2017 staat echter dat de aanvragen na de plaatsing van het implantaat moeten worden ingediend, wat voor de patiënt een grote financiële onzekerheid meebrengt. In een aantal complexe technische dossiers zal de chirurg de patiënt immers niet met zekerheid kunnen zeggen of hij recht zal hebben op terugbetaling. Dat geldt zeker voor de middenoorimplantaten, die nog niet zo lang worden terugbetaald en waarmee er dus minder ervaring is. Het risico is erg groot, want die implantaten kosten tussen 10.000 en 25.000 euro. Een vijftiental Belgische specialisten leggen u in dat verband al enige tijd het vuur aan de schenen.

Een vijftiental Belgische kno-artsen hebben u daarover vragen gesteld en verklaarden dat ze van u nog geen antwoord hadden ontvangen. Het koninklijk besluit van 25 juni 2014 moet worden herbekeken, want het zou de patiënten in zware financiële moeilijkheden kunnen storten of hen ontmoedigen om inwendige gehoorprothesen te laten plaatsen. Zou u die situatie kunnen aanpakken?

03.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Ik heb op 17 mei de brieven van de kno-artsen ontvangen en ik heb hen al een antwoord gestuurd. We hebben de bevoegde organen van het RIZIV gecontacteerd en de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen heeft in overleg met het College van geneesheren-directeurs de aanzet gegeven tot een discussie om de aanvraagprocedure opnieuw te onderzoeken. De Commissie zal de kno-specialisten contacteren vooraleer ze een nieuw voorstel goedkeurt.

In afwachting daarvan heb ik het College van geneesheren-directeurs verzocht om dossiers voorafgaandelijk aan de implantatie te herbekijken en niet *post factum*.

De problemen die aanleiding hebben gegeven tot de omzendbrief zijn de volgende: ten eerste wordt een implantatie, na voorafgaande goedkeuring door het College, soms voor meerdere jaren uitgesteld.

Bij de implantatie is het moeilijk te weten of de patiënt aan alle terugbetalingscriteria voldoet. Wanneer de patiënt naar een ander centrum gaat, wordt de aanvraag niet ingediend door de implanterende specialist, wat een voorwaarde is

réalisait l'intervention qu'après accord du Collège des médecins directeurs de l'INAMI.

Mais, le 6 mars 2017, une circulaire de l'INAMI aux hôpitaux généraux indique que les demandes doivent être introduites après l'implantation, induisant une grande incertitude financière pour le patient. Pour certains dossiers techniquement complexes, aucun chirurgien ne pourra assurer au patient qu'il sera remboursé, *a fortiori* pour les implants d'oreille moyenne dont le remboursement est récent et permet un moindre recul. Le risque est grand puisque ces implants coûtent entre 10 000 et 25 000 euros. Une quinzaine de spécialistes belges se sont mobilisés sur ce sujet.

Une quinzaine d'ORL belges vous ont sollicitée à ce sujet et disent être restés sans réponse de votre part. L'arrêté royal du 25 juin 2014 est à revoir car il pourrait plonger les patients dans de grandes difficultés financières ou les dissuader de réaliser ces implants. Pourriez-vous modifier cette situation?

03.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): J'ai reçu ces lettres le 17 mai et j'ai déjà répondu. Nous avons contacté les organes compétents de l'INAMI et la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs a récemment entamé une discussion afin de réexaminer la procédure, en concertation avec le Collège des médecins directeurs. La Commission prendra contact avec les spécialistes en la matière avant de marquer son accord sur une nouvelle proposition.

En attendant, j'ai prié le Collège des médecins directeurs de réexaminer le dossier préalablement à l'implantation, et non *post factum*.

Les problèmes qui ont donné lieu à la circulaire sont les suivants. Tout d'abord, après qu'un accord ait été donné par le Collège préalablement à l'implantation, celle-ci est parfois reportée de plusieurs années.

Il est difficile de savoir si le patient répond à tous les critères de remboursement lors de l'implantation. Si le patient se rend dans un autre centre, la demande n'est pas introduite par le spécialiste qui implante, condition pour le remboursement.

voor terugbetaling.

Als er een apparaat wordt ingeplant dat verschilt van dat op de aanvraag of als de patiënt een bepaalde leeftijdsgrens heeft bereikt, zijn er andere codenummers van toepassing. De leeftijdsgrenzen van 12 en 18 jaar voor bepaalde verstrekkingen worden niet altijd in acht genomen.

Er moeten dus een nieuwe procedure komen waarin het terugbetalingsakkoord vooraf wordt gegeven, om dat soort problemen te voorkomen.

Daarom hebben we aan de patiënten gevraagd om contact op te nemen met de specialisten en met hen een overeenkomst te sluiten. Hun aanvraag moet goed gemotiveerd zijn. Zo zouden we de implantatie nog voor de ingreep kunnen goedkeuren.

Ik reken op de aanvragers om deze problemen te vermijden in de toekomst.

Ik heb dit heel precies meegedeeld in een schrijven aan de vijftien specialisten. Zij zullen ook door het RIZIV worden gecontacteerd.

03.03 Catherine Fonck (cdH): Men keert terug naar de procedure die vóór de omzendbrief van het RIZIV van 6 maart van toepassing was. De specialisten moeten een antwoord krijgen en men moet zich ervan vergewissen dat ze allen op dezelfde manier handelen. Die procedure moet in de regelgeving worden vergrendeld. Ik pleit voor de herziening van het koninklijk besluit van 25 juni 2014 om toekomstige problemen te voorkomen.

Het zou goed zijn om in het koninklijk besluit na te gaan of er geen andere onderdelen problematisch zijn, naast het stuk inzake de cochleaire en middenoorimplantaten. Gezien de grote bedragen voor de patiënten reken ik op u. Ik dien dan ook een motie van aanbeveling in.

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:

'De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Catherine Fonck

en het antwoord van de minister van Sociale Zaken

Quand un autre appareil que celui de la demande est implanté ou si le patient a atteint une limite d'âge, d'autres codes de prestation sont d'application. Les limites d'âge de 12 et 18 ans pour certaines prestations ne sont pas toujours respectées.

Il faut donc de nouvelles procédures évitant ces difficultés mais avec un remboursement préalable.

Aussi avons-nous demandé aux patients de contacter les spécialistes pour établir un accord avec eux. Leur demande doit être bien fondée. On pourrait ainsi donner l'accord pour l'implantation préalablement à l'intervention.

Je compte sur les demandeurs pour que les problèmes ne se reproduisent pas.

J'ai écrit cela avec précision aux quinze spécialistes, qui seront aussi contactés par l'INAMI.

03.03 Catherine Fonck (cdH): On revient à la procédure antérieure à la circulaire de l'INAMI du 6 mars. Il faut répondre aux spécialistes et s'assurer qu'ils fassent tous de même. Il faut verrouiller cette procédure sur le plan réglementaire. Je plaide pour revoir l'arrêté royal du 25 juin 2014 pour éviter tout souci ultérieur.

Il serait bon de vérifier dans l'arrêté royal s'il n'y a pas d'autres volets problématiques en dehors de l'implant cochléaire et de l'implant de l'oreille moyenne. Vu les montants élevés pour les patients, je compte sur vous. Je dépose donc une motion de recommandation.

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:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Catherine Fonck

et la réponse de la ministre des Affaires sociales et

en Volksgezondheid,

verzoekt de regering de modaliteiten voor de terugbetaling van de cochleaire implantaten, zoals vastgesteld in het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen en in de bijbehorende bijlage, te wijzigen, teneinde te voorzien in een procedure voor de toekenning van de terugbetaling a priori, dat wil zeggen vóór de implantatie.

Sinds maart 2017 aanvaardt het RIZIV de aanvragen voor de toekenning van de terugbetaling die vóór de implantatie van het cochleair implantaat worden ingediend, niet langer. Daardoor weten de patiënten niet of het implantaat zal worden terugbetaald en komen ze in een zeer precare financiële situatie terecht indien de terugbetaling wordt geweigerd.

Dankzij een procedure voor de voorafgaande toekenning van de terugbetaling zou men de patiënten tariefzekerheid kunnen bieden, wat voor een cochleair implantaat des te belangrijker is, omdat het 10.000 à 25.000 euro kost.'

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Dirk Janssens.

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

04 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tandartsbezoek voor kinderen" (nr. 18566)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "tandzorg bij kinderen" (nr. 18622)

04.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): De Onafhankelijke Ziekenfondsen geven België geen goed rapport voor tandzorg bij kinderen. Uit hun onderzoek blijkt immers dat 4 op 10 4-jarigen nog nooit bij de tandarts zijn geweest, terwijl dat best rond de leeftijd van 2 jaar voor de eerste keer gebeurt. Daardoor hebben 4 op 10 7-jarigen al een gaatje moeten laten vullen. Kinderen uit gezinnen met een bescheiden inkomen hebben bijna twee keer zo veel kans op gaatjes als kinderen uit andere gezinnen. In 2015 heeft slechts 54% van de min 18-jarigen een tandarts geraadpleegd. Bij gezinnen met een laag inkomen is dat slechts 44%. Het gevolg is dat 55% van de tieners in de laatste

de la Santé publique,

demande au gouvernement de modifier les modalités de remboursement des implants cochléaires prévues dans l'arrêté royal du 25 juni 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs et dans son annexe, afin de prévoir une procédure d'autorisation de remboursement *a priori*, c'est-à-dire avant l'implantation.

Depuis mars 2017, l'INAMI n'accepte plus les demandes d'autorisation de remboursement introduites avant l'implantation de l'implant cochléaire. Ceci a pour conséquence que les patients se trouvent face à une incertitude quant à la prise en charge de l'implant et dans une situation financière très difficile en cas de refus de remboursement.

Il serait opportun de prévoir une procédure d'autorisation de remboursement *a priori* permet de garantir la sécurité tarifaire des patients, d'autant plus importante pour un implant cochléaire dont le coût varie entre 10 000 et 25 000 euros."

Une motion pure et simple a été déposée par M. Dirk Janssens.

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

04 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la visite chez le dentiste pour les enfants" (n° 18566)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins dentaires pour les enfants" (n° 18622)

04.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): L'évaluation que les Mutualités Libres font des soins dentaires chez les enfants belges n'est guère positive. Il ressort en effet d'une étude que quatre enfants de 4 ans sur dix n'ont encore jamais consulté un dentiste, alors qu'une première visite devrait idéalement avoir lieu vers l'âge de 2 ans. En conséquence, quatre enfants de 7 ans sur dix ont déjà dû se faire traiter pour une carie. Dans les familles à revenus modestes, les enfants courent près de deux fois plus de risques d'avoir des caries que les enfants d'autres familles. En 2015, seuls 54 % des moins de 18 ans ont consulté un dentiste. Ce taux chute à 44 % dans les ménages à bas salaires. Par

5 jaar een orthodontische behandeling heeft aangevat of beëindigd, waarvoor de gemiddeld kostprijs voor de ouders 1.375 euro bedraagt.

Dat zijn verontrustende cijfers. De minister nam al een algemene maatregel om jaarlijkse tandartsbezoeken aan te moedigen. Heeft ze nog andere strategieën? Is er voldoende sensibilisering? Komen er specifieke maatregelen voor kwetsbare groepen?

04.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Vindt de minister ook dat voor huisartsen en kinderartsen een belangrijke rol is weggelegd om ouders aan te moedigen om hun kinderen vroeg, vanaf 2 jaar, naar de tandarts te laten gaan? Hoe wil ze dit aanpakken? Zal ze maatregelen nemen die specifiek gericht zijn op kinderen uit kansarme gezinnen? Is ze bereid om de terugbetaling van orthodontie te herbekijken?

04.03 Minister Maggie De Block (Nederlands): Het aantal tandartsbezoeken van jonge kinderen is inderdaad te laag. Sensibilisering op het vlak van mondverzorging is een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Hieronder valt ook het aanmoedigen om kinderen vanaf 2 jaar jaarlijks naar de tandarts te sturen. Er worden stappen gezet, maar er bestaan nog steeds grote hiaten.

Binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid is er een werkgroep opgericht die werkt aan optimalisering en drempelverlaging van de preventieve mondzorg bij bepaalde doelgroepen, waaronder jongeren met een lagere sociaal-economische status. Er wordt ook aandacht besteed aan de schrik voor de tandarts. Het is de bedoeling om via de interministeriële conferentie ook tot een samenwerking te komen op dat domein.

Ook de huisarts of de kinderarts speelt een belangrijke rol.

De huisarts kan het laatste contact met de tandarts vermelden in het globaal medisch dossier en dient, indien nodig, te vragen om de tandarts te bezoeken. Instanties als Kind en Gezin of ONE kunnen het belang van gezonde tanden benadrukken.

Tandzorg bij kinderen wordt al volledig terugbetaald. Het is altijd mogelijk om dat de tandarts de derdebetalersregeling toepast, wat het nog meer

conséquent, 55 % des adolescents ont commencé ou terminé au cours des cinq dernières années un traitement orthodontique, dont le coût moyen pour les parents s'élève à 1 375 euros.

Ces chiffres sont inquiétants. La ministre a déjà pris une mesure générale visant à encourager les visites annuelles chez le dentiste. Prépare-t-elle encore d'autres stratégies? Le grand public est-il suffisamment sensibilisé à cette question? Des mesures spécifiques seront-elles prises pour les groupes vulnérables?

04.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): La ministre estime-t-elle, tout comme moi, que les médecins généralistes et les pédiatres ont un rôle important à jouer en incitant les parents à faire examiner leurs enfants par un dentiste précocement, dès l'âge de 2 ans? Comment compte-t-elle s'y prendre? Mettra-t-elle en place des mesures spécifiquement axées sur les enfants des familles défavorisées? Est-elle disposée à réexaminer le remboursement des traitements d'orthodontie?

04.03 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Les jeunes enfants se rendent effectivement trop peu souvent chez un dentiste. La sensibilisation aux soins buccaux ressortit à la compétence des Communautés. Elle englobe aussi la promotion, pour les enfants à partir de 2 ans, de visites annuelles chez le dentiste. Des mesures sont déjà prises en ce sens, mais il subsiste de grandes lacunes en la matière.

Un groupe de travail a été créé au sein de la conférence interministérielle Santé publique pour optimiser les soins buccaux préventifs pour certains groupes cibles, notamment les jeunes ayant un faible statut socioéconomique, et pour en accroître l'accessibilité. Une attention particulière est accordée à la peur du dentiste. Nous visons aussi la mise en place d'une collaboration dans ce domaine par le biais de la conférence interministérielle.

Le médecin généraliste ou le pédiatre joue également un rôle important à cet égard.

Le médecin généraliste peut mentionner le dernier contact avec le dentiste dans le dossier médical global et il lui revient, si nécessaire, de demander qu'une visite soit effectuée chez le dentiste. Des instances telles que Kind en Gezin ou l'ONE peuvent souligner l'importance d'une dentition saine.

Les soins dentaires auprès des enfants sont déjà remboursés complètement. Le dentiste a toujours la possibilité d'appliquer le système du tiers payant, ce

laagdrempelig maakt.

In het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen voor 2017-2018 werd afgesproken om de terugbetalingsregeling voor orthodontie te onderzoeken. Men zal nagaan of er een terugbetalingsmechanisme kan worden ingevoerd dat afhangt van de ernst van de gebitsafwijking.

Op 16 maart werd er in de plenaire vergadering een resolutie goedgekeurd over betere tegemoetkoming bij orthodontische zorg. Het bevat een opdracht voor de commissie met als belangrijkste uitgangspunt dat de terugbetaling afhankelijk zou worden van de afwijking.

04.04 Karin Jiroflée (sp.a): Voor kwetsbare gezinnen gaat het doorgaans beter wanneer de financiële drempel wordt weggenomen, maar we moeten geen spectaculaire verandering verwachten. Het is goed dat de financiële bijstand zou afhangen van de ernst van de aandoening, er zou hier wel nog gedifferentieerd kunnen worden op basis van de sociaal-economische status van het gezin en het recht op een verhoogde tegemoetkoming. Het is ook positief dat de aanbevelingen van de resolutie worden meegenomen.

Sensibilisering is een gemeenschapsbevoegdheid, maar het lijkt mij een federale opdracht om de huisarts bewust te maken van zijn verantwoordelijkheid met betrekking tot tandzorg; ook aan gezinscoaching kan op federaal vlak gewerkt worden.

04.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Het is logisch dat we bij orthodontie iets moeten doen voor de grotere afwijkingen. Vooral kwetsbare gezinnen moeten in aanmerking komen voor veel betere terugbetalingen.

Wat de sensibilisering betreft lijken opleiding, navorming, enzovoort mij ook zeer belangrijk voor huisartsen en kinderartsen.

Voor kansarme gezinnen is het grootste probleem volgens mij dat te veel tandartsen zich deconventioneren.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Xentari bij de buxusmot" (nr. 18582)

qui rend les soins encore plus accessibles.

Dans l'accord national dento-mutualiste pour 2017-2018, il a été convenu d'étudier le régime de remboursement en orthodontie. La possibilité d'introduire un mécanisme par lequel le remboursement dépendrait de la sévérité des troubles dentaires sera examinée.

Le 16 mars, une résolution visant une meilleure prise en charge de l'orthodontie a été votée en séance plénière. La commission dento-mutualiste y est chargée d'une mission dont le principe le plus important est que le remboursement doit dépendre de la sévérité des troubles dentaires.

04.04 Karin Jiroflée (sp.a): Les familles précarisées voient généralement leur situation s'améliorer lorsque l'obstacle financier disparaît mais nous ne devons pas nous attendre à un changement spectaculaire. Il est heureux que l'aide financière soit liée à la sévérité des troubles. Une différenciation pourrait également être opérée sur la base du statut socioéconomique de la famille et du droit à l'intervention majorée. Autre élément positif: les recommandations de la résolution sont prises en compte.

La sensibilisation est une compétence communautaire mais il me semble que la conscientisation du médecin à sa responsabilité en matière de soins dentaires est une mission dévolue au fédéral. Un *coaching* familial peut également être mis en place à l'échelon fédéral.

04.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Il est logique que nous intervenions pour les troubles plus graves dans le domaine de l'orthodontie. Les familles vulnérables doivent particulièrement être prises en considération en ce qui concerne une amélioration sensible du remboursement.

En matière de sensibilisation, la formation, le perfectionnement, etc. me semblent également très importants pour les médecins généralistes et les pédiatres.

Concernant les familles défavorisées, le plus grand problème est selon moi qu'un nombre excessif de dentistes se déconventionnent.

L'incident est clos.

05 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Xentari contre la pyrale du buis" (n° 18582)

05.01 Yoleen Van Camp (N-VA): De buxusmot tast heel wat buxushagen aan. Er is weinig tot geen bestrijding of preventie mogelijk, maar in de professionele sector wordt blijkbaar al jaren Turex en Xentari gebruikt. Xentari zou de voorkeur genieten, omdat het selectief rupsen doodt en onschadelijk zou zijn voor andere levende wezens.

Werd de schadelijkheid of onschadelijkheid van Xentari bestudeerd? Is het raadzaam en veilig Xentari te gebruiken tegen de buxusmot, zowel voor de preventie als de behandeling?

Het middel is in België niet vrij verkrijgbaar voor particulieren, maar is zonder enig probleem te bestellen via het internet. Zal de minister het publiek waarschuwen voor het gebruik? Anders kan het evengoed vrij te verkrijgen zijn op onze markt.

05.02 Minister Maggie De Block (*Nederlands*): Tussen de minister van Landbouw en mij is een protocol gesloten over gewasbeschermingsmiddelen. Hij voert dat uit in overleg met mij. Ik antwoord namens ons beiden.

De werkzame stof in Xentari is een micro-organisme, een biologisch gewasbeschermingsmiddel.

Zoals voor elke werkzame stof of elk micro-organisme dat als gewasbeschermingsmiddel op de markt wordt gebracht, was er een evaluatie op Europees niveau. De stof werd goedgekeurd op 1 mei 2009, met een herziening in 2013.

Gewasbeschermingsmiddelen die deze stof bevatten, kunnen toegelaten worden door de lidstaten, weliswaar na een eigen evaluatie. Bij de Europese evaluaties bekeek men wat het effect was op onder meer vogels, bijen en nuttige insecten.

Het overzichtsrapport van de Europese Autoriteit voor voedselveiligheid (EFSA) is openbaar. Bij alle nazichten werden geen kritieke bezorgdheden vastgesteld. Er is aangetoond dat er geen onaanvaardbare acute of chronische effecten zijn op mens, dier of milieu, maar de nodige voorzorgsmaatregelen moeten natuurlijk wel in acht worden genomen. Beschermende kledij is nodig en ogen en gezicht moeten extra worden beschermd

05.01 Yoleen Van Camp (N-VA): La pyrale du buis s'attaque à de nombreuses haies de buis. Il n'existe guère de moyens de lutte ou de prévention. Il semble cependant que le secteur professionnel utilise depuis des années le Turex et le Xentari. Le Xentari serait préféré à l'autre produit étant donné qu'il tue sélectivement les chenilles tout en restant inoffensif pour les autres organismes vivants.

Des études ont-elles déjà été réalisées sur la nocivité ou l'innocuité du Xentari? Est-il conseillé et sûr d'utiliser le Xentari contre la pyrale du buis dans une perspective tant de prévention que de traitement?

En Belgique, le produit n'est pas en délivrance libre pour les particuliers, mais il peut être commandé sans problèmes sur l'internet. La ministre va-t-elle mettre en garde le public contre les dangers de son utilisation? Dans la négative, ce produit pourrait tout aussi bien être disponible librement sur notre marché.

05.02 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): J'ai signé un protocole d'accord sur les produits phytopharmaceutiques avec le ministre de l'Agriculture. Ce dernier l'applique en concertation avec moi. Je répondrai dès lors en notre nom à tous les deux.

La substance active du Xentari est un micro-organisme. Il s'agit dès lors d'un produit phytopharmaceutique biologique.

Une évaluation a eu lieu sur le plan européen au même titre que pour toute autre substance active ou tout micro-organisme commercialisé comme produit phytopharmaceutique. Cette substance a été approuvée le 1^{er} mai 2009 et une révision a eu lieu en 2013.

Les produits phytopharmaceutiques contenant cette substance peuvent être autorisés par les États membres après que ces derniers ont évalué eux-mêmes le produit. Les évaluations européennes ont porté sur les effets notamment observés sur les oiseaux, sur les abeilles et sur des insectes utiles.

Le rapport de synthèse de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) est public. Les contrôles réalisés n'ont permis de constater aucun problème critique. Aucun effet aigu ou chronique inacceptable pour l'homme, les animaux ou l'environnement n'a pu être démontré, mais il va de soi qu'il faut envisager les mesures de précaution nécessaires. L'utilisation du produit requiert le port de vêtements de protection ainsi que de protections

bij gebruik. De Europese Commissie onderzoekt momenteel met de lidstaten of de recente wetenschappelijke opinie van de EFSA enige impact heeft op de conclusies die in 2013 werden bereikt.

Het middel is niet toegelaten op de Belgische markt voor particulier gebruik. Daarom mag het ook niet verkocht worden en niet gebruikt worden door amateurgebruikers. Middelen voor particulier gebruik moeten aan strengere eisen voldoen inzake blootstelling van de gebruiker. Middelen die meer dan alleen het dragen van handschoenen vereisen om veilig te kunnen worden toegepast, worden in regel niet toegelaten.

In dit specifieke geval werd geen aanvraag ingediend voor amateurgebruik in ons land. Er is dus niet geëvalueerd of het middel veilig gebruikt kan worden door particulieren, maar aangezien aan de professionele gebruiker gevraagd wordt om beschermende kledij te dragen en zowel ogen als gezicht te beschermen, zou een dergelijke aanvraag alleen al hierom niet worden goedgekeurd.

Via de onlineverkoop tracht men de regelgeving te omzeilen. De bevoegde diensten hebben een e-systeem ontwikkeld om controle uit te oefenen op de verkoop van bepaalde producten op bekende internetsites. Ook bij de Europese instanties wordt aangedrongen om de onlinehandel Europees te regelen. De administratie bekijkt of een KB om de verkoop van gewasbeschermingsmiddelen via het internet te regelen, nodig is.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "huistandarts en GTD" (nr. 18598)

06.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Bij de huisarts bestaat er zoiets als een GMD (globaal medisch dossier). Is er voor andere actoren in de eerste lijn, zoals tandartsen, iets gelijkaardigs in voorbereiding?

Voor het GMD wordt al een incentive gegeven in de vorm van verlaagd remgeld en ook is er een incentive voor de zorgverlener zelf. Wordt aan iets dergelijks ook gedacht voor bijvoorbeeld de huisapotheker?

06.02 Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Een globaal tandheelkundig dossier zou inderdaad een belangrijke ondersteuning kunnen zijn voor

supplémentaires pour les yeux et le visage. La Commission européenne examine actuellement avec les États membres si l'opinion scientifique récente de l'EFSA a une quelconque incidence sur les conclusions qui avaient été formulées en 2013.

Le produit a été interdit sur le marché belge pour un usage particulier. Il ne peut dès lors pas être vendu ni utilisé par des jardiniers amateurs. Les produits destinés aux particuliers doivent répondre à des exigences plus strictes en matière d'exposition des utilisateurs. Les produits qui nécessitent davantage que le port de gants pour permettre une application sûre, ne sont en principe pas autorisés.

Dans ce cas spécifique, aucune demande d'usage amateur n'a été introduite dans notre pays. La question de savoir si le produit peut être utilisé en toute sécurité par des particuliers n'a donc pas été examinée mais étant donné qu'il est demandé aux utilisateurs professionnels de porter des vêtements de protection et de protéger les yeux et le visage, une telle demande serait, ne fût-ce que pour cette raison, refusée.

L'on tente de contourner la législation par le biais de l'achat en ligne. Les services compétents ont développé un e-système pour contrôler la vente de certains produits sur les sites internet répertoriés. Nous insistons également auprès des instances européennes pour que le commerce en ligne soit réglementé à l'échelle européenne. L'administration examine l'opportunité de prendre un arrêté royal réglant la vente de pesticides sur internet.

L'incident est clos.

06 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dentiste de famille et le DDG" (n° 18598)

06.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Les généralistes constituent pour leurs patients un dossier médical global (DMG). Une formule analogue est-elle en préparation pour d'autres acteurs de première ligne comme les dentistes?

Pour le DMG, un incitant a été créé sous la forme d'un ticket modérateur réduit et il existe également un incitant pour les prestataires de soins. Envisage-t-on une formule de ce type pour, par exemple, les pharmacies familiales?

06.02 **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Un dossier dentaire global offrirait en effet un appui important pour les règlements d'assurance des

regelingen in de verzekering voor geneeskundige verzorging. In het nationale akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen van 2015-2016 werd de invoering van het mondzorgtraject gekoppeld aan de introductie van een globaal tandheelkundig dossier, waarbij terugbetalingen dan bijvoorbeeld zouden afhangen van de uitvoering van de noodzakelijke behandeling.

Persoonlijk ben ik niet tegen het idee van een huistandarts.

Een vaste tandarts lijkt mij heel belangrijk. Ik sta open voor de toewijzing van het globaal tandheelkundig dossier. Dat punt zal aan bod komen bij de evaluatie van het mondzorgtraject. In het nieuwe nationale akkoord tandartsen-ziekenfondsen zal daarvan een evaluatie worden gemaakt en dan kan men ook de meerwaarde bepalen. De Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen zal in de loop van 2017-2018 een evaluatie maken.

De incentives zullen ook deel uitmaken van die werkzaamheden. Daar zal alleszins een prijskaartje aan hangen.

06.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Voor de huisapotheek en natuurlijk even goed voor de tandartsen zou men daaraan voordelen kunnen koppelen als het toewijzen van de maximumfactuur of een verlaagd remgeld.

06.04 Minister Maggie De Block (Nederlands): Het akkoord met de apothekers over de huisapothekers was budgetneutraal. Voorstellen in het Overlegcomité zouden bij voorkeur moeten gepaard gaan met een verschuiving van het budget. Wij mikken op budgetneutrale akkoorden.

06.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Een koppeling van het MAF-statuut aan het intekenen op een vaste apotheker lijkt mij budgetneutraal.

06.06 Minister Maggie De Block (Nederlands): De MAF heeft wel een kostprijs.

06.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Als men de extra voorwaarde zou opleggen dat mensen een huisapotheker zouden moeten hebben om recht te hebben op de MAF, is dat een operatie die niet meer geld kost.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de

soins médicaux. Dans l'accord national 2015-2016 entre les dentistes et les mutualités, l'instauration d'un trajet de soins buccaux est ainsi lié à l'introduction d'un dossier dentaire global, dans le cadre duquel les remboursements dépendraient, par exemple, de l'administration des soins nécessaires.

Je ne suis personnellement pas opposée à l'idée d'un dentiste familial.

Il me paraît fort important d'avoir un dentiste de famille. Je suis ouverte à l'attribution du dossier dentaire global. Ce point sera abordé lors de l'évaluation du trajet de soins buccaux. Une évaluation sera faite dans le cadre du nouvel accord national dento-mutualiste, ce qui permettra aussi d'en déterminer alors la valeur ajoutée. La Commission nationale dento-mutualiste procédera à une évaluation dans le courant de l'année 2017-2018.

Les travaux engloberont aussi les incitants. Tout ceci aura en tout état de cause un coût.

06.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Il serait possible de lier l'obligation d'avoir un pharmacien "de référence", tout comme bien sûr pour les dentistes, au bénéfice du maximum à facturer ou du ticket modérateur réduit.

06.04 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): L'accord qui a été conclu avec les pharmaciens sur ce point était neutre du point de vue budgétaire. Les propositions soumises au Comité de concertation s'accompagnent de préférence d'un glissement budgétaire. Nous visons des accords neutres du point de vue budgétaire.

06.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Lier le statut permettant de bénéficier du MAF et l'obligation d'avoir un pharmacien de référence me semble neutre du point de vue budgétaire.

06.06 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Le MAF a toutefois un coût.

06.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Cela ne coûterait pas plus cher si l'on imposait aux personnes qui veulent bénéficier du MAF l'obligation d'avoir un pharmacien de référence.

L'incident est clos.

07 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la

minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de Orde der dierenartsen" (nr. 18599)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Met de zesde staats hervorming werd Dierenwelzijn overgeheveld naar de deelstaten, maar de Orde der Dierenartsen bleef als overkoepelend orgaan federaal. Er zouden regelmatig problemen zijn tussen de gewestelijke raden en het federaal overkoepelend orgaan.

Wat is de mening van de minister? Ziet ze nog een meerwaarde van de Orde op federaal niveau of kan dit beter door de deelstaten worden overgenomen? Is de minister bereid om hiervoor een werkgroep op te richten? Welke oplossingen ziet ze op korte termijn voor de problemen tussen de gewestelijke raden en de Orde?

07.02 Minister Maggie De Block (*Nederlands*): Samen met de minister van Landbouw ben ik bevoegd voor diergeneeskunde. Ik antwoord ook namens minister Borsus.

De Orde der Dierenartsen is belast met de naleving van de deontologische code die op nationaal niveau van toepassing is. Ze verleent ook formele adviezen over de wetgeving.

Deontologie is niet verschillend voor de dieren en voor de beroepsgroep in de twee landsdelen. Het is ook niet efficiënter om twee adviezen te moeten vragen voor elk federaal wetgevend initiatief dat wordt voorbereid.

Voor interne problemen die binnen de Orde zouden bestaan, verwijs ik naar het persbericht van de Hoge Raad van de Orde der Dierenartsen van 11 mei 2017, waarin staat dat het nodige gedaan wordt om de werkzaamheden en de continuïteit te garanderen. Een aantal mensen werd op non-actief geplaatst. Op de bij de Raad van State ingestelde procedures, zal ik verder geen commentaar geven. Ik hoop dat er een oplossing wordt gevonden. Ik heb weinig invloed op de Orde der Dierenartsen.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik ben het daar niet mee eens. Er is een probleem met de vertegenwoordiging, het aantal zetels, de samenwerking en de taalstructuur van de twee gewestelijke raden. Zij zouden zelf de grootste beslissingsbevoegdheid moeten hebben, maar in het overkoepelende orgaan werken ze elkaar tegen. Het lijkt mij veel efficiënter ze op te delen. Dat wil

ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir de l'Ordre des médecins vétérinaires" (n° 18599)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, le bien-être animal a été transféré aux entités fédérées mais l'organe faitier qu'est l'Ordre des Vétérinaires est resté fédéral. Des problèmes surgiraient régulièrement entre les conseils régionaux et l'organe faitier fédéral.

Quelle est l'opinion de la ministre à ce sujet? L'Ordre fédéral représente-t-il encore, à ses yeux, une plus-value ou serait-il préférable que ses compétences soient reprises par les entités fédérées? La ministre est-elle disposée à créer un groupe de travail qui se pencherait sur cette question? Quelles solutions voit-elle à court terme pour résoudre les problèmes entre les conseils régionaux et l'Ordre?

07.02 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): La médecine vétérinaire ressortit à ma compétence et à celle du ministre de l'Agriculture. Je réponds donc également au nom du ministre Borsus.

L'Ordre des Vétérinaires est chargé de veiller au respect du code déontologique applicable au niveau national. Il émet également des avis formels concernant la législation.

La déontologie n'est pas différente pour les animaux et le groupe professionnel dans les deux parties du pays. Il ne serait pas davantage efficace de devoir demander deux avis pour chaque initiative législative fédérale en préparation.

Quant aux problèmes internes qui existeraient au sein de l'Ordre, je vous renvoie au communiqué de presse du 11 mai 2017 du Conseil Supérieur de l'Ordre des Vétérinaires, qui annonce que le nécessaire est mis en œuvre pour assurer les travaux et la continuité. Plusieurs personnes ont été mises en disponibilité. Je ne ferai par ailleurs pas de commentaire concernant les procédures engagées devant le Conseil d'État. J'espère que l'on trouvera une solution. Je n'ai que peu d'influence sur l'Ordre des Vétérinaires.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Je ne partage pas votre point de vue. Un problème se pose en ce qui concerne la représentation, le nombre de sièges, la coopération et la structure linguistique des deux conseils régionaux. Alors qu'ils devraient disposer eux-mêmes du pouvoir décisionnel le plus important, ils se contrecarrent au sein de l'organe de coordination. Il me paraît beaucoup plus efficace

echter niet zeggen dat er verschillende deontologische codes moeten zijn.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de screening van de marmerebenziekte bij zwangerschap" (nr. 18600)

08.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Op mijn vorige vragen over de terugbetaling van de behandeling van marmerebenziekte heeft de minister heel constructief geantwoord en zelfs zelf het initiatief genomen om via de firma een terugbetalingsdossier op te starten.

Behoort ook een screening tijdens de zwangerschap tot de mogelijkheden?

08.02 Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Marmerebenziekte is een zeldzame ziekte. De globale incidentie is moeilijk te schatten. De dominante variant zou ongeveer één keer op 20.000 voorkomen, de recessieve vorm één keer op 250.000.

Prenatale diagnostiek is in principe mogelijk wanneer de mutaties die de ziekte veroorzaken in de familie zijn geïdentificeerd. Hen raad ik aan om een gerichte genetische screening te laten uitvoeren. Een algemene screening is niet opportuun.

Het incident is gesloten.

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte studenten geneeskunde" (nr. 18604)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 18631)
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 18766)
- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte bij studenten geneeskunde" (nr. 18970)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 19092)

09.01 Catherine Fonck (cdH): De kwestie van de dubbele cohorte stelt ons voor een aantal

de les scinder, sans qu'il faille pour autant les doter de codes de déontologie différents.

L'incident est clos.

08 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage de la maladie des os de marbre durant la grossesse" (n° 18600)

08.01 Yoleen Van Camp (N-VA): La ministre avait répondu de manière très constructive à mes questions précédentes sur le remboursement du traitement de la maladie des os de marbre. Elle avait même pris personnellement l'initiative de déposer un dossier de remboursement auprès de l'entreprise pharmaceutique.

Un dépistage au cours de la grossesse pourrait-il être envisagé?

08.02 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): La maladie des os de marbre est une affection rare. Son incidence globale est difficilement évaluable. La variante dominante frapperait environ une fois sur 20 000, la forme récessive, une fois sur 250 000.

Le diagnostic prénatal est en principe possible lorsque les mutations à l'origine de la maladie sont identifiées dans la famille. Je conseillerais à ces personnes de faire effectuer un dépistage génétique. Un dépistage généralisé ne s'indique pas.

L'incident est clos.

09 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte d'étudiants en médecine" (n° 18604)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 18631)
- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 18766)
- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte chez les étudiants en médecine" (n° 18970)
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 19092)

09.01 Catherine Fonck (cdH): La question de la double cohorte entraîne plusieurs enjeux: un

uitdagingen: er moet worden gezorgd voor voldoende stageplaatsen voor alle gediplomeerden die hun specialisatie aanvatten, de kwaliteit van de beroepsopleiding en dus van de medische zorgen moet worden verzekerd en er moet ook werk worden gemaakt van een passende financiering. U zei dat de kandidaten veeleer zouden kiezen voor specialisaties met meer stageplaatsen of domeinen waarin er te weinig specialisten zijn, en u wees op de mogelijkheid om het aantal studenten te verhogen – met name voor de opleiding tot huisarts. Ook kon er een overgangsregeling worden ingevoerd wat de criteria voor de erkenning van huisartsen betreft, kon de arbeidstijd tijdens de opleiding tot 48 uur per week worden beperkt en kon de toestroom van buitenlandse artsen worden beperkt.

Op 18 mei hebben de actoren van de gezondheidszorg opnieuw aan de alarmbel getrokken. Ze roepen op tot investeringen in kwaliteitsvolle stageplaatsen en tot een volledige opleiding voor huisartsen in plaats van die te beperken tot tweeënhalf jaar. Ze stellen voor om de RIZIV-nummers die een beperkte toegang bieden tot de nomenclatuur, af te schaffen, want die leiden enkel tot een geneeskunde met twee snelheden.

De personen die we hier gehoord hebben, hebben ons verzekerd dat u gezegd hebt dat u niet over een budget voor deze stages beschikt. Gelet op de besparingen die de ziekenhuizen werden opgelegd, zijn zij niet in staat om daarvoor middelen uit te trekken.

Er zijn 1.000 à 1.200 plaatsen te kort: wat zijn de volgende stappen? Wanneer zal men zekerheid hebben, opdat de betrokken jongeren zo spoedig mogelijk hun specialisatie en hun stage zouden kunnen kiezen?

09.02 **Valerie Van Peel** (N-VA): Volgend academiejaar beëindigen geneeskundestudenten die deel uitmaken van de dubbele cohorte hun basisopleiding. Een persbericht van het Vlaams Geneeskundig Studentoverleg, dat ook wordt onderschreven door andere studentenverenigingen, artsenorganisaties en universiteiten, vermeldt vier problemen: het tekort aan kwalitatieve opleidingsplaatsen, de mogelijke inkorting van de huisartsenopleiding, de RIZIV-nummers en de financiering.

Welke vooruitgang is er geboekt inzake het aanbod kwaliteitsvolle opleidingsplaatsen sinds het antwoord van de minister eind maart? Wanneer valt de beslissing over het al dan niet verkorten van de huisartsenopleiding? Wordt de huidige onduidelijke

volume de stages disponibles suffisant pour garantir un stage à tous les diplômés qui commencent leur spécialisation, le maintien de la qualité de la formation professionnelle et donc des soins et enfin un financement adéquat. Vous avez évoqué la possibilité d'orienter vers des spécialisations où il y a plus de stages disponibles ou des carences, d'augmenter le nombre d'étudiants, notamment pour la médecine générale, la création d'un régime transitoire au niveau des critères d'agrément des médecins généralistes, la réduction du temps de travail de 48 heures dans la formation, la limitation de l'afflux de médecins étrangers.

Le 18 mai, des acteurs des soins de santé ont à nouveau donné l'alarme. Ils appellent à des investissements dans des stages de qualité, à une formation des généralistes complète et pas réduite à deux ans et demi. Ils proposent la suppression des sous-numéros INAMI, voués à générer une médecine à deux vitesses.

Les personnes auditionnées ont assuré que vous aviez dit ne disposer d'aucun budget pour ces stages. Or, vu les économies qui leur ont été imposées, les hôpitaux sont dans l'incapacité de dégager des moyens.

Il manque entre 1 000 et 1 200 places: quelles sont les prochaines étapes? Quand aura-t-on des certitudes, afin que les jeunes concernés puissent au plus tôt choisir leur spécialisation et leur stage?

09.02 **Valerie Van Peel** (N-VA): Au terme de la prochaine année académique, des étudiants en médecine faisant partie de la double cohorte achèveront leur formation de base. Un communiqué de presse publié par le Vlaams Geneeskundig Studentoverleg, soutenu par d'autres organisations étudiantes, des médecins et des universités épingle quatre problèmes: le manque de places de stage de qualité, un éventuel raccourcissement de la formation de médecin généraliste, les numéros INAMI et le financement.

Quels sont les progrès enregistrés en ce qui concerne l'offre de places de stage de qualité, depuis la réponse de la ministre fin mars? À quelle date tombera la décision quant à un éventuel raccourcissement de la formation de médecin

regeling voor het toekennen van de RIZIV-nummers aangepast? Wat is de stand van zaken betreffende de bijkomende financiering van 10 miljoen euro?

09.03 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Ik verwijs naar mijn uitgebreid antwoord op de interpellatie van 26 april. Er is sindsdien intens overleg gepleegd met de Hoge Raad. Ook de studenten worden op mijn uitdrukkelijke vraag daarbij betrokken. Ik betreur dat niet alle faculteiten geneeskundige de gegevens meedeelden over de beschikbare stagecapaciteit. Zij zijn al zes jaar op de hoogte van de nakende dubbele cohorte. Mijn diensten werken nu noodgedwongen op basis van onvolledige cijfers. De regels voor erkenning van stagediensten en stagemeesters worden op een kwalitatief verantwoorde wijze aangepast zodat meer en tijdelijke capaciteit kan worden gecreëerd. Niet alleen het aantal stageplaatsen is belangrijk, ook de kwaliteit van de vorming.

(*Frans*) Op 26 april heb ik uitgelegd hoe we de problemen willen oplossen. Jammer genoeg hebben mijn voorgangers niet op de situatie geanticipeerd en moet ik roeien met de riemen die ik heb. Met een financiering alleen kan het probleem niet worden opgelost.

(*Nederlands*) Er werd inderdaad voorzien in 10 miljoen euro, maar hiervoor is nog geen enkel plan uitgewerkt.

Één van de problemen is dat het aantal studenten gedurende 5 à 6 jaar driemaal zo hoog ligt aan Franstalige kant dan aan Nederlandstalige kant. Het zal aan Nederlandstalige kant gemakkelijker zijn om de dubbele cohorte te absorberen dan aan Franstalige kant. Er zullen maatregelen nodig zijn, maar we willen niet inboeten aan opleidingskwaliteit. Er zal moeten worden samengewerkt. Er is enige solidariteit nodig tussen de erkende artsen en de artsen in opleiding.

Er wordt regelmatig overlegd zowel met de studenten als met de decanen. Er is tevens een goede samenwerking binnen de diensten van het RIZIV. We vorderen stap voor stap en alle betrokkenen moeten goede wil tonen.

Er is sprake van spanning nu de huisartsen zes maanden stage moeten lopen in gespecialiseerde ziekenhuisdiensten. Ik vind dit zeer goed, maar ik

généraliste? Les règles actuellement peu claires en matière d'attribution des numéros INAMI seront-elles adaptées? Où en est-on en ce qui concerne le financement additionnel de dix millions d'euros?

09.03 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Je me réfère à ma réplique détaillée en réponse à l'interpellation du 26 avril dernier. Une concertation intense a été menée, depuis lors, avec le Conseil supérieur. Les étudiants y sont également associés, comme je l'ai expressément demandé. Je regrette que toutes les facultés de médecine ne communiquent pas les données relatives aux places de stage disponibles, alors qu'elles sont déjà informées depuis six ans du phénomène imminent de la double cohorte. Mes services sont dès lors contraints de travailler sur la base de chiffres incomplets. Les règles relatives à la reconnaissance des services de stage et des maîtres de stage seront modifiées d'une manière qualitativement responsable, de manière à augmenter la capacité et à créer une capacité temporaire. Le nombre de places de stage est important, mais la qualité de la formation compte tout autant.

(*En français*) Le 26 avril, j'ai expliqué comment nous comptons résoudre les problèmes. Hélas, mes prédécesseurs n'ont pas anticipé et je dois me débrouiller avec les moyens du bord. Un financement seul ne pourra rien résoudre.

(*En néerlandais*) Un montant de 10 millions d'euros a en effet été prévu mais il n'existe jusqu'à présent aucun plan à cet effet.

L'un des problèmes est que pendant cinq à six ans, le nombre d'étudiants du côté francophone sera trois fois plus élevé que du côté néerlandophone. Il sera plus facile d'absorber la double cohorte du côté néerlandophone. Il faudra prendre des mesures mais nous ne voulons pas que la qualité de la formation en pâtisse. Une collaboration sera nécessaire. Une certaine solidarité devra se manifester entre les médecins reconnus et les médecins en formation.

Des concertations sont régulièrement organisées avec les étudiants et avec les doyens. Les services de l'INAMI travaillent également en bonne collaboration. Nous progressons pas à pas et tous les intéressés doivent faire preuve de bonne volonté.

On évoque des tensions maintenant que les médecins généralistes doivent effectuer six mois de stage dans des services hospitaliers spécialisés. Je

vrees dat de huisartsen in opleiding in concurrentie zullen komen met de specialisten in opleiding.

We mogen zeker geen afbreuk doen aan de kwaliteit door zomaar het aantal studenten per stageplaats te verdubbelen en we mogen ook geen stageplaatsen uit de lucht toveren. Dat het geld zal kosten, staat vast. Alleen moeten we er voor zorgen dat het een aanvaardbaar bedrag is en dat de kwaliteit van de opleidingen gevrijwaard wordt. Er heerst grote bezorgdheid bij de studentenvertegenwoordigers, vooral aan Franstalige kant. We moeten natuurlijk voor de twee landsdelen een oplossing vinden. Ik nodig iedereen uit die een oplossing kan aanreiken, om ze ons mee te delen.

09.04 Catherine Fonck (cdH): Het klopt dat het dossier onvoldoende werd voorbereid. U bent echter ook al drie jaar minister en u had dus ook al oplossingen kunnen vinden. Of het bedrag van 10 miljoen volstaat, weet ik niet, maar de geneeskundestudentenverenigingen, de vakbonden, de dekanen en de rectoren hebben in een gemeenschappelijke mededeling gezegd dat het niet zou lukken indien men niet de nodige middelen zou uittrekken. Om stageplaatsen te hebben, zijn er artsen nodig die als stagemeester willen optreden en ziekenhuizen die assistenten kunnen financieren.

Ik ben het eens met uw analyse in verband met de ziekenhuisstage: de specialisten en de huisartsen – met ook zes maanden ziekenhuisstage – komen er met elkaar in concurrentie. Voor de huisartsen in opleiding zijn er echter nog andere mogelijkheden weggelegd, buiten de huisartspraktijken en de ziekenhuizen, in allerlei sectoren.

Aan Franstalige kant zijn de leeftijdsopbouw en de vergrijzing van de artsen dusdanig problematisch dat alle artsen die vandaag in opleiding zijn absoluut noodzakelijk zullen zijn.

Men moet om de tafel gaan zitten met de gezondheidsactoren om echt vooruitgang in dit dossier te boeken veeleer dan de bal naar elkaar te blijven terugkaatsen. Het is vijf voor twaalf.

09.05 Valerie Van Peel (N-VA): Wij willen gewoon dat de 10 miljoen euro op een eerlijke manier wordt verdeeld en niet op basis van de onkunde en het non-beleid van de Franse Gemeenschapsregeringen van de afgelopen twintig jaar. Misschien moet aan de Franse Gemeenschapsregering gevraagd worden of zij een deel van de kosten zelf kan ophoesten. Wij willen

trouve cela très positif mais je crains que les médecins généralistes en formation n'entrent en concurrence avec les spécialistes en formation.

Nous ne pouvons en aucun cas compromettre la qualité des formations en doublant simplement le nombre d'étudiants par place de stage et nous ne pouvons pas davantage créer des places de stage d'un coup de baguette magique. Il est évident que tout cela aura un coût. Nous devons simplement veiller à ce que la facture reste raisonnable et à garantir la qualité des formations. Les inquiétudes sont vives parmi les représentants des étudiants, principalement du côté francophone. Le problème doit évidemment être résolu dans les deux régions du pays. J'invite tous ceux qui auraient une solution, à nous la soumettre.

09.04 Catherine Fonck (cdH): En effet, le dossier n'a pas été anticipé. Mais depuis trois ans que vous êtes là, vous auriez pu trouver des solutions. J'ignore si les dix millions sont suffisants mais les organisations des étudiants en médecine, les syndicats, les doyens et les recteurs ont dit dans un communiqué commun qu'on n'y arriverait pas si on n'accordait pas les moyens suffisants. Pour avoir des places de stage, il faut des médecins qui acceptent d'être maître de stage et des hôpitaux qui puissent financer les assistants.

Sur les six mois de stage en hôpital, je vous rejoins: il y aura une concurrence entre la spécialisation hospitalière et les six mois des médecins généralistes. Il y a une piste, celle d'une médecine de terrain dans différents secteurs,

La pyramide des âges et le vieillissement des médecins du côté francophone sont à ce point problématiques que tous les médecins aujourd'hui en formation seront indispensables.

Il faut se mettre autour de la table avec les acteurs de la santé pour véritablement avancer, plutôt que se prêter à un jeu de ping-pong. C'est urgent.

09.05 Valerie Van Peel (N-VA): Nous voulons simplement que les 10 millions d'euros soient répartis équitablement et non pas sur la base de l'incurie et de l'absence de politique des gouvernements de la Communauté française des vingt dernières années. Peut-être devrions-nous demander au gouvernement de la Communauté française s'il est prêt à assumer lui-même une

ook absoluut vermijden dat Vlaamse stageplaatsen ingevuld worden door Franstalige studenten, waardoor er hier weer tekorten kunnen ontstaan. Ik hoop dat er binnenkort en na interministerieel overleg meer duidelijkheid komt.

Het incident is gesloten.

10 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Truvada in het kader van de hiv-preventie" (nr. 18721)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Truvada" (nr. 18745)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Truvada" (nr. 19091)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "PrEP voor MSM" (nr. 19160)

10.01 Daniel Senesael (PS): Sinds 1 juni wordt de retrovirusremmer Truvada terugbetaald aan personen met een verhoogd risico op hiv-besmetting, namelijk mannen die seksuele betrekkingen hebben met andere mannen en mensen afkomstig uit sub-Saharisch Afrika. We hadden daarover destijds een voorstel van resolutie ingediend.

Om een terugbetaling te genieten, moet er een evaluatie uitgevoerd worden door een arts die verbonden is aan een aidsreferentiecentrum dat een overeenkomst heeft met het RIZIV. Welke criteria en voorwaarden worden daarbij gehanteerd?

De toelating voor een terugbetaling zal maximaal twaalf maanden geldig zijn. Kan die periode meerdere keren worden verlengd?

Bevestigt u het budget van 1 miljoen euro waarvan sprake in de pers?

Voor hoeveel patiënten zou dat bedrag moeten volstaan en hoelang kunnen ze daarmee worden geholpen?

Zal de terugbetaling in de toekomst verruimd worden naar andere risicogroepen zoals injecterende druggebruikers?

10.02 Karin Jiroflée (sp.a): Daags voor de Pride zei de minister dat het RIZV de aidsremmer Truvada ook zal terugbetalen aan wie niet besmet is

partie du coût. Nous voulons à tout prix éviter que les places de stage flamandes soient occupées par des étudiants francophones et qu'il y ait à nouveau une pénurie de places en Flandre. J'espère que la concertation interministérielle permettra bientôt de clarifier la situation.

L'incident est clos.

10 **Questions jointes de**

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Truvada dans le cadre de la prévention contre le VIH" (n° 18721)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Truvada" (n° 18745)
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Truvada" (n° 19091)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la PrEP pour les HSH" (n° 19160)

10.01 Daniel Senesael (PS): Depuis le 1^{er} juin, l'antirétroviral Truvada est remboursé aux personnes exposées à un risque élevé de contamination au VIH, soit les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Nous avons déposé une proposition de résolution en ce sens.

Pour bénéficier du remboursement, il faudra une évaluation réalisée par un médecin attaché à un centre de référence sida ayant conclu une convention avec l'INAMI. Quels en sont les critères et conditions?

L'autorisation de remboursement sera valable douze mois maximum. Cette période pourra-t-elle être prolongée plusieurs fois?

Confirmez-vous le budget d'un million d'euros évoqué par la presse?

De combien de patients cette somme devrait-elle permettre de couvrir les besoins et durant combien de temps?

Enfin, ce remboursement pourra-t-il être étendu à l'avenir à d'autres groupes à risque tels que les utilisateurs de drogue par voie injectable?

10.02 Karin Jiroflée (sp.a): La veille de la Belgian Pride, la ministre a déclaré que l'INAMI allait également rembourser le Truvada, médicament

met hiv. Hierdoor zullen veel mensen besmetting kunnen voorkomen.

Welk budget trekt de minister hiervoor uit? Hoeveel mensen kunnen daarmee worden behandeld? Hoeveel kost een behandeling per patiënt? Aan welke voorwaarden moet men precies voldoen om een terugbetaling te krijgen?

10.03 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Vanaf 1 juli 2017 wordt Truvada tevens terugbetaald voor preventief gebruik, maar enkel aan mensen met een hoog risico op een hiv-besmetting. Dat risico moet dan eerst worden ingeschat door een arts. De terugbetaling wordt gekoppeld aan gepaste begeleiding in een aidsreferentiecentrum.

Concreet gaat het om een van de volgende voorwaarden: de patiënt is niet geïnfecteerd met hiv, maar loopt een verhoogd infectierisico; het gaat om seksueel contact tussen mannen, onbeschermd, met minstens twee partners in de laatste zes maanden; er is sprake van een multiple seksueel overdraagbare aandoening gedurende het laatste jaar; men heeft meermaals PrEP nodig gehad; psychoactieve substanties werden gebruikt bij het seksueel contact; druggebruikers die naalden delen. Het gaat ook om mensen die in de prostitutie worden blootgesteld aan onbeschermd seks, mensen die in het algemeen worden blootgesteld aan onbeschermd seks met een hoog risico op hiv-infectie en partners van hiv-positieve patiënten zonder virale suppressie.

(Frans) Het gebruik van Truvada voor de PrEP kan gepaard gaan met bijwerkingen. Het is uiterst belangrijk dat er een dialoog is met de arts om te evalueren hoe de voordelen en de risico's zich tot elkaar verhouden.

Het is onduidelijk hoeveel risicopatiënten er zijn en welk percentage van die groep zal worden behandeld. De duur en de doeltreffendheid van de behandeling zijn eveneens moeilijk te evalueren. Daarom wordt het medicijn alleen maar terugbetaald als het wordt voorgeschreven door een arts die verbonden is aan een aidsreferentiecentrum dat een overeenkomst heeft gesloten met het RIZIV. Er zijn momenteel elf dergelijke centra.

Dankzij die beperking van de terugbetaling kan de

inhibiteur du sida, aux personnes non infectées par le VIH. Cette mesure permettra de prévenir de nombreuses contaminations.

Quel budget la ministre affecte-t-elle à cette initiative? Combien de personnes pourront-elles être traitées ainsi? Quel est le coût du traitement d'un patient? À quelles conditions précises faut-il répondre pour obtenir un remboursement?

10.03 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): De plus, le Truvada est remboursé à partir du 1^{er} juillet, dans le cadre d'un usage préventif, mais exclusivement aux personnes exposées à un risque élevé de contamination par le VIH. Ce risque doit être préalablement évalué par un médecin. Le remboursement est lié à un accompagnement adéquat dans un centre de référence du sida.

Concrètement, l'une des conditions suivantes doit être remplie: le patient n'est pas infecté par le VIH, mais est exposé à un risque de contamination supérieur; il s'agit de personnes ayant eu des relations sexuelles non protégées entre hommes, avec au moins deux partenaires au cours des six derniers mois; de personnes atteintes d'une maladie sexuellement transmissible avec lésions multiples, au cours de la dernière année, de personnes ayant recouru à plusieurs reprises aux PrEP; de personnes ayant utilisé des substances psychoactives lors de relations sexuelles et de toxicomanes partageant des seringues. Il s'agit en outre de personnes exposées à des relations sexuelles non protégées dans le cadre de la prostitution, de personnes exposées en général à des relations sexuelles non protégées et présentant un risque élevé d'infection par le VIH, et de partenaires de patients atteints par le virus et ne suivant pas un traitement virosuppresseur.

(En français) La prise de Truvada PrEP peut induire des effets secondaires. Le dialogue avec le médecin est primordial pour évaluer le rapport bénéfice/risque du traitement.

Le nombre de personnes à risque et la proportion de cette population qui sera traitée sont incertains. La durée et l'efficacité du traitement sont également difficiles à évaluer. C'est pourquoi le remboursement est conditionné à la prescription du médicament par un médecin lié à un centre de référence sida ayant conclu une convention avec l'INAMI. Ils sont actuellement onze.

Cette limitation du remboursement permet aussi

registratie van de follow-upgegevens worden geoptimaliseerd om de onduidelijkheid de wereld uit te helpen.

(Nederlands) De voorschrijvende arts neemt immers ook de registratie van opvolggegevens op zich en moet de patiënt dus driemaandelijks opvolgen, ook inzake andere mogelijke seksueel overdraagbare aandoeningen. De arts richt een terugbetalingsaanvraag aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. De geldigheidsduur van de machtiging is twaalf maanden.

(Frans) Op het einde van de periode van twaalf maanden kan de aanvraag worden hernieuwd.

(Nederlands) De communicatie over de uitbreiding van de terugbetaling van Truvada verloopt hoofdzakelijk via de aidsreferentiecentra, het RIZIV en belangenverenigingen van de lgbti-gemeenschap. Ook moet hierop worden ingespeeld via de financiering van de bewustmakingscampagnes in het raam van de gezondheidspreventie, die echter geen federale bevoegdheid is. Het preventieve gebruik van hivremmers heeft een budgettaire impact.

(Frans) Daar we nog niet weten hoe vaak Truvada als profylactische medicatie (PrEP) zal worden gebruikt, is het moeilijk om de budgettaire weerslag ervan te becijferen.

De publieksprijs voor een doos met 30 tabletten is 527 euro, wat betekent dat de behandeling van een gewone verzekerde gedurende een maand het RIZIV 515 euro en de patiënt 11,9 euro zal kosten. Voor een rechthebbende met een verhoogde tegemoetkoming kost de behandeling het RIZIV 519 euro en de patiënt 7,9 euro. Deze kosten zullen naar beneden kunnen worden herzien, aangezien er binnenkort generische geneesmiddelen beschikbaar zullen zijn.

De firma die Truvada op de markt brengt, schat dat er in België in de tweede helft van 2017 526 patiënten voor PrEP in aanmerking zouden komen. In 2018 en 2019 zou het gaan om respectievelijk 1.052 en 1.578 patiënten.

(Nederlands) De budgettaire impact voor 2017 wordt geschat op 1 miljoen euro voor 500 patiënten, waarbij men al rekening houdt met de kostendaling en het vermijden van andere infecties.

(Frans) In 2023 zal dat bedrag oplopen tot maximum 6 miljoen, voor 2.600 patiënten. Op die manier zullen we infecties voorkomen.

d'optimiser l'enregistrement des données de suivi en vue de lever les incertitudes.

(En néerlandais) Le médecin prescripteur se charge en effet aussi des données de suivi et il doit donc assurer un suivi trimestriel du patient, y compris sur le plan d'autres maladies sexuellement transmissibles éventuelles. Le médecin adresse une demande de remboursement au médecin-conseil de l'organisme assureur. La durée de validité de l'autorisation est de douze mois.

(En français) À la fin des douze mois, la demande peut être renouvelée.

(En néerlandais) La communication à propos de l'élargissement du remboursement du Truvada passe essentiellement par les centres de référence sida, l'INAMI et les groupements d'intérêts de la communauté LGBTI. Il faut également agir en finançant des campagnes de sensibilisation dans le cadre de la prévention en matière de santé, laquelle n'est toutefois pas une compétence fédérale. L'utilisation préventive d'inhibiteurs du VIH a également une incidence budgétaire.

(En français) Ne connaissant pas encore les volumes d'utilisation du Truvada dans la prophylaxie pré-exposition (PrEP), il nous est difficile d'en chiffrer l'incidence budgétaire.

Le prix public d'une boîte de 30 comprimés étant de 527 euros, le traitement d'un mois d'un assuré ordinaire coûtera 515 euros à l'INAMI et 11,9 euros au patient. Pour un bénéficiaire d'intervention majorée, il en coûtera 519 à l'INAMI et 7,9 euros au patient. Ces coûts devraient être revus à la baisse avec l'arrivée prochaine des génériques.

La firme qui commercialise le Truvada estime qu'en Belgique, 526 patients pourraient avoir recours à la PrEP en 2017 – qui n'est pas une année complète –, 1 052 en 2018 et 1 578 en 2019.

(En néerlandais) L'incidence budgétaire est estimée à 1 million d'euros en 2017 pour 500 patients. Ce montant tient déjà compte de la baisse des coûts et du fait que d'autres maladies seront évitées.

(En français) En 2023, ce montant passera à 6 millions maximum, pour 2 600 patients. Nous éviterons ainsi des infections.

(Nederlands) In dat jaar zouden 1.000 infecties kunnen worden vermeden.

De budgettaire impact weegt niet op tegen de uitgespaarde kosten van een hiv-behandeling. Zo bedraagt de kostprijs voor de behandeling van de achttien infecties die in 2017 zouden kunnen worden vermeden, 2,6 miljoen euro. Voor 2023 zou men meer dan 1.000 infecties en dus 157 miljoen aan behandelingskosten kunnen vermijden. En dan hebben we het nog niet over de menselijke ellende.

Na 36 maanden volgt een evaluatie. Op dat moment zullen we over de nodige gegevens beschikken, zoals het aantal verpakkingen dat werd verkocht voor preventieve behandeling tijdens de eerste drie jaar van terugbetaling.

10.04 Daniel Senesael (PS): Het is belangrijk dat de patiënten weten dat de periode van twaalf maanden verlengd kan worden, dat er niet slechts voor één jaar geld wordt uitgetrokken en dat u al rekening hebt gehouden met de toekomstige evolutie van de kosten.

Begeleiding en preventie zijn belangrijk. Het gaat niet enkel over de 'seksuele' groepen, maar ook over injecterende druggebruikers. Er werd dus goed nagedacht over de gehele problematiek, lijkt mij, en ik wil u daar persoonlijk mee feliciteren.

10.05 Karin Jiroflée (sp.a): Ook ik ben blij met die evolutie en ik dank de minister voor haar uitgebreide antwoord. In het bijzonder de nauwe opvolging door de aidsreferentiecentra en de artsen is een goede zaak.

Het incident is gesloten.

11 Samengevoegde vragen van
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geldigheid van het (elektronisch) voorschrift" (nr. 18761)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 19211)

11.01 Yoleen Van Camp (N-VA): De invoering van het elektronisch voorschrift kende een moeizame start, maar intussen zouden de meeste kinderziekten uit de programma's gehaald zijn. Voor papieren voorschriften is en blijft de geldigheid voor de terugbetaling drie maanden.

(En néerlandais) Mille infections pourraient être prévenues cette année-là.

L'incidence budgétaire est négligeable au vu des économies réalisées sur le traitement du VIH. Ainsi, le coût du traitement des 18 infections qui pourraient être évitées en 2017 s'élève à 2,6 millions d'euros. D'ici 2023, il serait possible d'éviter plus de 1000 infections, c'est-à-dire 157 millions d'euros de frais de traitement, sans parler de la détresse humaine qui y est liée.

Il sera procédé à une évaluation après 36 mois. Nous disposerons alors des données nécessaires, comme le nombre d'emballages vendus pour des traitements préventifs au cours des trois premières années du remboursement.

10.04 Daniel Senesael (PS): Il est important pour les patients de savoir que la période de douze mois peut être reconduite, que les budgets débloqués ne le sont pas seulement pour une année et que vous avez prévu, par projection, les coûts évolutifs.

L'accompagnement et la prévention sont importants. Il n'y a pas que les groupes "sexuels" qui sont concernés; il y a aussi les groupes formés d'utilisateurs de drogues par voie injectable. La problématique dans son ensemble a donc été bien pensée, me semble-t-il, et je vous en félicite personnellement.

10.05 Karin Jiroflée (sp.a): Je me réjouis également de cette évolution et je remercie la ministre pour sa réponse détaillée. En particulier, le suivi rapproché assuré par les centres de référence sida et les médecins est une bonne chose.

L'incident est clos.

11 Questions jointes de
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la validité des prescriptions (électroniques)" (n° 18761)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 19211)

11.01 Yoleen Van Camp (N-VA): L'introduction de la prescription électronique a connu un démarrage difficile, mais la plupart des maladies de jeunesse auraient désormais été supprimées des programmes informatiques. En ce qui concerne les prescriptions papier, leur validité reste fixée à trois mois pour le remboursement.

Zal dat hetzelfde blijven voor de elektronische voorschriften? Waarom ligt de termijn nu op drie maanden? In de praktijk zijn er soms moeilijkheden met voorschriften die pas later opgehaald kunnen worden.

Er zijn helaas geen gegevens beschikbaar over hoeveel attesten voor terugbetaling te laat of nooit worden ingediend. Zal dat met het elektronisch voorschrift wel het geval zijn?

11.02 Catherine Fonck (cdH): Het elektronische voorschrift is problematisch voor huisartsen van ouder dan 55-60 jaar en voor de occasionele voorschrijvers. U hebt een oplossing aangekondigd om ervoor te zorgen dat die laatste groep papieren voorschriften kan blijven afleveren.

In het wachtdienstgebied Baudour-Sirault-Hautrage-Tertre-Neufmaison-Villerot is het aantal huisartsen in tien jaar tijd teruggelopen van 26 naar 16, van wie er 8 ouder dan 55 jaar zijn en 5 ouder dan 60 jaar. Er komt binnenkort één arts werken als assistent. Na de aankondiging van het verplichte elektronische voorschrift hebben sommige van hen beslist om vóór de invoering ervan te stoppen met werken.

Er zou een overgangsregeling moeten worden ingesteld waarbij het papieren voorschrift behouden wordt tot de datum waarop het gebruik van het elektronisch medisch dossier verplicht wordt, namelijk 1 januari 2021. Zo zou men kunnen voorkomen dat artsen vroegtijdig met pensioen gaan.

11.03 Minister Maggie De Block (Nederlands): Voor de klassieke papieren voorschriften en de elektronische voorschriften gelden momenteel dezelfde geldigheidsregels.

Tijdens de laatste Recip-e-stuurgroep gingen de leden ermee akkoord dat een gemende werkgroep van juristen van het RIZIV en het fagg een concreet voorstel zal uitwerken voor een langere geldigheidsduur van voorschriften.

Tegelijkertijd zal ook een kader worden uitgewerkt dat het onderscheid moet maken in geldigheidsduur tussen voorschriften voor terugbetaalde en niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Dit voorstel wordt tijdens de zomermaanden uitgewerkt.

Ook voor elektronische voorschriften zal het niet mogelijk zijn om de gegevens te leveren over het aantal niet-opgehaalde voorschriften, want wij

En ira-t-il de même pour les prescriptions électroniques? Pourquoi le délai est-il à présent de trois mois? Des problèmes apparaissent parfois dans la pratique, pour des prescriptions qui ne peuvent être retirées que plus tard.

Aucune donnée n'est malheureusement disponible quant au nombre d'attestations de remboursement qui n'ont jamais été introduites ou qui l'ont été tardivement. Pourra-t-on bénéficier de telles données pour les prescriptions électroniques?

11.02 Catherine Fonck (cdH): La prescription électronique pose des problèmes aux généralistes de plus de 55-60 ans et aux prescripteurs occasionnels. Vous aviez annoncé une solution pour que ces derniers puissent encore recourir à la prescription papier.

Dans le secteur de garde Baudour-Sirault-Hautrage-Tertre-Neufmaison-Villerot, on est passé de 26 généralistes à 16 en dix ans, dont huit de plus de 55 ans et cinq de plus de 60 ans. Un seul médecin va arriver comme assistant. Avec l'annonce de la prescription électronique obligatoire, certains ont décidé d'arrêter avant.

Il faudrait un régime transitoire incluant le maintien de la prescription papier jusqu'à la date prévue pour le dossier médical informatisé, le 1^{er} janvier 2021. Cela permettrait d'éviter des départs prématurés de médecins à la retraite.

11.03 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Pour l'instant, les prescriptions papier classiques et les prescriptions électroniques sont soumises à des règles de validité identiques.

Au cours du dernier groupe de pilotage Recip-e, les membres ont convenu qu'un groupe de travail mixte composé de juristes de l'INAMI et de l'AFMPS élaboreraient une proposition concrète visant à prolonger la durée de validité des prescriptions.

À cette occasion, il sera également créé un cadre où une distinction sera opérée entre la durée de validité des prescriptions de médicaments remboursés et non remboursés. Cette proposition sera rédigée cet été.

S'agissant des prescriptions électroniques, il ne sera pas possible de fournir les données concernant le nombre de médicaments prescrits et

krijgen enkel de gegevens van de geneesmiddelen die betaald zijn, die afgeleverd zijn.

(Frans) Het RIZIV zal aan wie occasioneel een voorschrift opstelt de mogelijkheid bieden om langs beveiligde weg een elektronische versie op te stellen. De app zal toegankelijk zijn via het eHealthplatform voor elke zorgverlener die geneesmiddelen mag voorschrijven. Er is een testfase voorzien. De inwerkingtreding is gepland voor het najaar van 2017.

Een papieren voorschrift blijft – ook in de toekomst – geldig in noodgevallen en wanneer de voorschrijvende zorgverlener geen elektronisch voorschrift kan opstellen. Ik sta open voor een oplossing voor de oudere artsen. We bekijken de mogelijkheden.

(Nederlands) Men moet af en toe een update doen, net zoals bij de computer. Soms is dat inderdaad vervelend.

11.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Een verlenging zou ook een zekere besparing kunnen teweegbrengen. In bepaalde gevallen zou er geen extra consultatie nodig zijn.

Het is vreemd dat het onmogelijk zal blijven om na te gaan hoeveel voorschriften niet opgehaald worden. Men zou kunnen werken met twee databases: één voor voorschriften en één voor opgehaalde voorschriften.

11.05 Catherine Fonck (cdH): Elke verandering moet worden begeleid. Ik ben het ermee eens dat het papieren voorschrift geldig blijft voor noodsituaties, maar ik zou verder willen gaan voor de artsen op leeftijd en de zorgverleners die occasioneel iets voorschrijven. Ik ontwaar een opening in uw antwoord. Door te kiezen voor een overgangperiode zullen die artsen niet hoeven af te haken: we moeten ze behouden, zeker in bepaalde gebieden. Dat heeft niet te maken met verzet tegen verandering, maar met pragmatisme.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisapotheek en het gedeeld farmaceutisch dossier" (nr. 18762)

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Er zou in eerste instantie een huisapotheek komen voor mensen met een chronisch statuut. Dit zou de kwaliteit van

non retirés puisque nous ne recevons que les données qui concernent les médicaments qui ont été payés et délivrés.

(En français) L'INAMI offrira aux prescripteurs occasionnels la possibilité de délivrer des prescriptions électroniques de manière sécurisée. Cette application sera accessible via la plate-forme eHealth à tout dispensateur de soins ayant le droit de prescrire des médicaments. Une phase de test est prévue. La mise en production est prévue pour l'automne 2017.

La prescription papier reste et restera valable pour les situations d'urgence ou les cas où le prescripteur ne peut rédiger une prescription électronique. Je suis ouverte à une solution pour les médecins âgés: nous examinons comment procéder.

(En néerlandais) Comme pour un ordinateur, il faut parfois procéder à une mise à jour. Il est vrai que c'est parfois contrariant.

11.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Une prolongation pourrait également entraîner une certaine économie. Dans certains cas, cette mesure permettrait d'éviter une consultation supplémentaire.

Il est étrange qu'il reste impossible de vérifier le nombre de produits prescrits mais non retirés. On pourrait se fonder sur deux bases de données: une pour les prescriptions et une pour les prescriptions utilisées.

11.05 Catherine Fonck (cdH): Tout changement doit être accompagné. Je suis d'accord pour dire que la prescription papier reste valable pour les situations d'urgence mais je voudrais aller plus loin pour les médecins âgés et les prescripteurs occasionnels. Je perçois une ouverture dans votre réponse. Décider d'une période de transition permettrait à ces médecins de ne pas désertir: on a besoin de les garder, surtout dans certaines régions. Il ne s'agit pas de résistance au changement mais de pragmatisme.

L'incident est clos.

12 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pharmacie familiale et le dossier pharmaceutique partagé" (n° 18762)

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Une pharmacie familiale serait d'abord créée à l'intention des patients présentant un statut de personne atteinte

de zorg verhogen voor eenzelfde budget of zelfs minder. Dit is ook een vraag van de apothekers zelf die wijzen op de voordelen van een globaal medisch dossier voor de patiënten, zoals verlaagd remgeld.

Kan iets dergelijks ook worden voorzien voor het gedeeld farmaceutisch dossier (GFD)? Door bijvoorbeeld bij het koppelen van het statuut chronisch zieke als extra voorwaarde te stellen dat een patiënt zich dan moet inschrijven aan de huisapotheek? Of een koppeling aan de maximumfactuur? Wat is uw standpunt van de minister?

12.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): In het meerjarencader voor de patiënt met de officina-apothekers werden geen incentives opgenomen voor patiënten bij het aanduiden van een huisapotheek. Huisapothekers zijn vrij hun patiënten zelf te overtuigen van het nut hiervan. De rol en de vergoeding van huisapothekers worden momenteel uitgewerkt door de overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringstellingen. Ik acht het niet onmogelijk dat incentives voor patiënten er komen.

Het incident is gesloten.

13 **Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële hinderpalen voor levende donatie van organen" (nr. 18816)**

13.01 **Catherine Fonck** (cdH): Ik heb reeds meerdere teksten hierover ingediend. Rekening houdend met de beperktere beschikbaarheid van de organen van overleden personen, moeten de hindernissen voor de levende donatie van organen uit de weg worden geruimd.

In juli 2015 voorzag een wetsontwerp in de mogelijkheid voor de Koning om het persoonlijk aandeel betreffende de geneeskundige verstrekkingen die worden verleend aan levende orgaandonoren volledig of gedeeltelijk af te schaffen. In oktober 2016 kondigde u in een persbericht aan dat de orgaandonoren bijna geen medische kosten zouden moeten betalen. Zullen de medische kosten voor de balans die vóór de orgaandonatie wordt opgemaakt, in het koninklijk besluit worden opgenomen?

Er zijn nog andere obstakels. Het is belangrijk om die weg te werken om meer donoren te hebben

d'une maladie chronique ("statut maladie chronique"). Cette mesure augmenterait la qualité des soins pour un budget similaire, voire inférieur. C'est également une demande des pharmaciens eux-mêmes, qui pointent les avantages de la création d'un dossier médical global destiné aux patients, tel qu'un ticket modérateur réduit.

Une mesure similaire peut-elle également être prévue concernant le dossier pharmaceutique partagé (DPP). Le statut maladie chronique peut, par exemple, constituer une condition supplémentaire pour l'inscription des patients à la pharmacie familiale ou l'établissement d'une facture maximale? Quel est le point de vue de la ministre à ce sujet?

12.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Aucune mesure d'incitation n'a été prise dans le cadre pluriannuel pour les patients à l'égard des pharmaciens d'officine en ce qui concerne la désignation d'un pharmacien familial. Il appartient aux pharmaciens familiaux de convaincre eux-mêmes leurs patients de l'utilité de cette mesure. Le rôle et la rémunération des pharmaciens familiaux sont actuellement définis par la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs. Il n'est, selon moi, pas impossible que des mesures d'incitation ciblant les patients soient prises.

L'incident est clos.

13 **Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les obstacles financiers au don vivant d'organes" (n° 18816)**

13.01 **Catherine Fonck** (cdH): J'ai déjà déposé plusieurs textes à ce sujet. Compte tenu de la diminution de disponibilité des organes de personnes décédées, il faut lever les obstacles au don vivant d'organes.

En juillet 2015, un projet de loi permettait au Roi de supprimer l'intervention personnelle relative aux prestations de santé octroyées au donneur vivant. En octobre 2016, dans un communiqué de presse, vous annonciez que les frais médicaux des donneurs seraient presque nuls. Les frais médicaux liés au bilan pré-donneur seront-ils intégrés dans l'arrêté royal?

D'autres obstacles persistent. Il est essentiel de les lever pour avoir plus de donneurs pour les

voor de patiënten die op een transplantatie wachten.

13.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Het koninklijk besluit is een eerste fase. Om technische, praktische en juridische redenen zijn de medische kosten vóór de orgaandonatie niet in het koninklijk besluit opgenomen.

Het remgeld wordt afgeschaft voor de donatie en de opvolging, dat is 90% van de bedragen die ten laste zijn van de levende orgaandonor.

De eerste fase gaat van start op 1 augustus 2017. Er komt een overgangsregeling voor wie een orgaan heeft gedoneerd vóór de inwerkingtreding.

Uit een studie die in 2011 door professor Kesteloot werd uitgevoerd, blijkt dat de vergoeding zo'n 200 euro zou bedragen, met inbegrip van de rechtstreekse niet-medische kosten en het inkomensverlies.

Het is mijn bedoeling dat de vergoeding de kosten zoveel mogelijk compenseert. We zoeken een oplossing voor de resterende 10%, maar dat is niet eenvoudig.

13.03 **Catherine Fonck** (cdH): Op welke periode slaat de retroactiviteit?

13.04 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Dat moet ik nakijken.

13.05 **Catherine Fonck** (cdH): Ik wil de transplantatieteams graag informeren.

De vergoeding ten bedrage van 90% geldt enkel voor personen die na de voorafgaande donoronderzoeken effectief een orgaan kunnen doneren.

Het koninklijk besluit voorziet niet in enige vergoeding voor de personen die niet voor donatie in aanmerking komen. De eerste fase is nu net cruciaal: het is vaak de voorafgaande ziekenhuisopname en de ermee gepaarde kosten die als een rem werken. Ik dank u in naam van de patiënten die op een wachtlijst staan.

Het incident is gesloten.

14 **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fraude in de gezondheidszorg" (nr. 18811)**

14.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Bij een onderzoek

personnes en attente d'une greffe.

13.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): L'arrêté royal est une première étape. Il n'intègre pas les frais médicaux avant la donation pour des raisons techniques, pratiques et juridiques.

Le ticket modérateur est supprimé pour la donation et le suivi, soit 90 % des montants à charge du donneur vivant.

Il entrera en vigueur le 1^{er} août 2017. Une mesure transitoire est prévue pour les bénéficiaires ayant donné un organe avant l'entrée en vigueur.

Selon une étude réalisée en 2011 par le professeur Kesteloot, le dédommagement pourrait tourner autour de 200 euros, y compris les frais directs non médicaux et les pertes de revenus.

Le dédommagement doit se rapprocher d'un modèle de compensation des frais engendrés. Nous allons chercher une solution pour les 10 % de frais restants mais il y a des obstacles.

13.03 **Catherine Fonck** (cdH): Jusqu'où ira la rétroactivité?

13.04 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Je dois vérifier.

13.05 **Catherine Fonck** (cdH): J'aimerais prévenir les équipes de transplantation.

La part de 90 % des coûts pris en charge ne concerne que les personnes retenues comme donneur effectif après le bilan pré-don d'organe.

L'arrêté royal ne prévoit rien pour ceux qui ne sont pas retenus. Or cette première étape est primordiale: le frein vient souvent de l'hospitalisation préalable et des frais engendrés. Je vous remercie au nom des patients qui attendent.

L'incident est clos.

14 **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fraude dans le secteur des soins de santé" (n° 18811)**

14.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Il ressort d'une étude

door het RIZIV kwam aan het licht dat zorgverstrekkers in 2016 voor meer dan 5 miljoen euro gefraudeerd hebben door bewust te veel aan te rekenen. Dit lijkt mij symptomatisch voor onze gezondheidszorg, die te veel prestatiegericht en te weinig patiëntgericht werkt.

Wat denkt de minister over ons voorstel voor een overgang naar een meer forfaitair systeem in plaats van onze doorgedreven prestatiegeneskunde? Zal de minister meer middelen inzetten om fraude te bestrijden?

14.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Uiteraard is elke euro die er gefraudeerd wordt te veel, maar op het totale bedrag aan zorgverstrekkingen is 5 miljoen euro niet gigantisch groot. Dit is niet een van de domeinen waar het meest gefraudeerd wordt.

Het doelmatig en doordacht inzetten van forfaitaire financiering van geneeskundige verstrekkingen kan inderdaad een antwoord zijn op bepaalde vormen van misbruik.

Er waren in de voorbije jaren al uitgebreide acties, zoals het geneesmiddelenforfait voor gehospitaliseerde patiënten en een forfait voor medische beeldvorming of klinische biologie. Vanaf 1 juli 2018 zal een toekomstgerichte financiering van bepaalde laagvariabele ziekenhuisverblijven worden ingevoerd, waaraan een standaardprocedure wordt verbonden.

De voordelen van een forfaitaire financiering zijn de administratieve vereenvoudiging, de beheersing van het budget en de transparantie voor de patiënt. Het grote nadeel is dat het ziekenhuis aan risicoselectie gaat doen.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle binnen het RIZIV is al jaren bezig met het opsporen van fraude en onnodige uitgaven in de gezondheidszorg. De resultaten zijn elk jaar ongeveer gelijk. In 2018 treedt een actieplan in werking met 35 concrete projecten voor fraudebestrijding.

Ook het voorschrijfgedrag zal bekeken worden. We hebben reeds gerichte controles gedaan naar zorgverstrekkers die prestaties leverden die praktisch onhaalbaar leken. De betrokkenen hebben terugbetalingen gedaan. Wij gaan op deze lijn door. De grote meerderheid levert goed werk en heeft niets te vrezen. De fraudeurs zullen wij eruit halen.

de l'INAMI qu'en 2016, des prestataires de soins se sont rendus coupables d'une fraude de plus de cinq millions d'euros en facturant, délibérément, plus que nécessaire. Cette fraude est symptomatique de nos soins de santé, trop axés sur les prestations et trop peu sur le patient.

Que pense la ministre de notre proposition de transition vers un régime plus forfaitaire, lequel se substituerait à notre médecine trop axée sur les prestations? La ministre va-t-elle déployer davantage de moyens pour lutter contre la fraude?

14.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Certes, chaque euro fraudé est un euro de trop, mais par rapport au montant total des prestations de soins, cinq millions d'euros ne sont pas énormes. Ce n'est pas l'un des domaines où les fraudes sont les plus répandues.

La mise en œuvre d'un financement forfaitaire efficace et bien pensé des prestations médicales pourrait effectivement permettre de lutter contre certaines formes d'abus.

Des actions d'envergure comme le forfait médicaments pour les patients hospitalisés et un forfait d'imagerie médicale ou de biologie clinique ont déjà été organisées les années précédentes. Un financement prospectif de certaines hospitalisations de faible variabilité assorti d'une procédure standard sera instauré à partir du 1^{er} juillet 2018.

Un financement forfaitaire offre les avantages suivants: la simplification administrative, la maîtrise des budgets et la transparence pour le patient. L'inconvénient majeur réside dans le fait que l'hôpital va pratiquer la sélection des risques.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI s'est attelé, depuis plusieurs années, à détecter les fraudes et les dépenses inutiles dans le domaine des soins de santé. Les résultats sont à peu près identiques chaque année. L'année 2018 verra le lancement d'un plan d'action comportant 35 projets spécifiques de lutte contre la fraude.

Le comportement prescripteur sera également analysé. Nous nous sommes déjà livrés à des contrôles ciblés de prestataires de soins dont les prestations fournies semblaient pratiquement impossibles. Les intéressés ont remboursé. Nous poursuivons sur cette voie. Une large majorité des prestataires de soins accomplissent un excellent travail et n'ont rien à craindre. Nous débusquerons les fraudeurs.

14.03 Karin Jiroflée (sp.a): Ik sluit mij daar bij aan. De grote meerderheid gedraagt zich correct. Wij zullen zeker de resultaten van het actieplan opvolgen. Er is inderdaad een aantal zorgverstrekkingen forfaitair gemaakt, maar wij zijn van mening dat dit nog verder moet worden doorgedreven.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 18858 van mevrouw Jadin wordt omgevormd in een schriftelijke vraag.

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 18860)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 19035)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen op wijkgezondheidscentra" (nr. 19090)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wijkgezondheidscentrum De Piramide in Menen" (nr. 19123)

15.01 Karin Jiroflée (sp.a): Een aantal maanden geleden werd een moratorium aangekondigd voor de wijkgezondheidscentra, waarbij een audit zou plaatsvinden.

Is die audit reeds toegekend? Wat zal de inhoud zijn en welke aspecten worden onderzocht? Over welke periode zal de audit lopen? Loopt het moratorium nog steeds af op 30 juni? Zullen de aanvragen opnieuw behandeld worden vanaf 1 juli?

15.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik heb begrepen dat de erkenning van het wijkgezondheidscentrum in Menen intussen goedgekeurd en ondertekend is.

15.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Ik ben nooit van mening geweest dat er een moratorium nodig was om de audit te kunnen uitvoeren over de afstemming van de verdeling van de forfaitaire toelagen op de noden en reële uitgaven van de medische huizen. Het moratorium loopt af op 30 juni, maar de gunning van de overheidsopdracht voor het uitvoeren van de audit zou pas op 24 mei geofficialiseerd zijn.

Waarom is er zo een vertraging bij de gunning van deze overheidsopdracht, die gepland was voor

14.03 Karin Jiroflée (sp.a): Je m'associe à ce constat. La grande majorité des prestataires de soins se comportent correctement. Nous ne manquerons pas de suivre les résultats du plan d'action. Certes, plusieurs prestations sont devenues forfaitaires, mais nous considérons qu'il ne faut pas s'arrêter là.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 18858 de Mme Jadin est transformée en question écrite.

15 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 18860)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 19035)
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies dans le secteur des maisons médicales" (n° 19090)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maison médicale 'De Piramide' à Menin" (n° 19123)

15.01 Karin Jiroflée (sp.a): Un moratoire sur les maisons médicales a été annoncé il y a quelques mois et devait être assorti d'un audit.

Cet audit a-t-il déjà été attribué? Quelle en sera la teneur et quels aspects seront auscultés? Quelle sera la durée de cet audit? Le moratoire prendra-t-il toujours fin le 30 juin? Les demandes seront-elles à nouveau examinées à partir du 1^{er} juillet?

15.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): J'entends que la reconnaissance de la maison médicale de Menin a été approuvée et signée entre-temps.

15.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je n'ai jamais considéré qu'il fallait un moratoire pour pouvoir réaliser l'audit sur l'adéquation des modes de répartition des subventions forfaitaires par rapport aux besoins et aux dépenses réelles dans les maisons médicales. Ce moratoire dure jusqu'au 30 juin, or l'attribution du marché public pour la réalisation de cet audit n'aurait été officialisée que le 24 mai.

Pourquoi un tel retard dans l'attribution de ce marché public prévu depuis novembre 2016? Le

november 2016? Zal het moratorium effectief aflopen op 30 juni? Welke werkwijze wordt er gevolgd voor de audit?

15.04 Minister **Maggie De Block** (Nederlands): De tekst van de auditopdracht werd voorgelegd aan het Algemeen beheerscomité van het RIZIV op 22 mei en aan het Verzekeringscomité op 29 mei. Inmiddels is de audit effectief opgestart. Het eindrapport moet ten laatste november 2017 worden opgeleverd.

Voor het wijkgezondheidscentrum Menen is er een onderzoek gebeurd. Er is overleg geweest met het wijkgezondheidscentrum en met de andere zorgverstrekkers daar. Dat is dus ook van start gegaan.

Inzake het moratorium verwijs ik naar de notificatie van de beslissing van de regering van 20 oktober 2016 waardoor er in afwachting van de resultaten van de audit geen dossiers voor medische huizen worden goedgekeurd en het budget wordt bevroren. Binnen het beschikbare budget kunnen nieuwe aanvragen met inwerkingtreding vanaf 1 januari worden goedgekeurd, voor zover het dossier bij het RIZIV was ingediend vóór 8 oktober 2016.

Het is altijd de aanvraag die telt. Menen kan dus ook een goedkeuring krijgen, maar wij zitten met een notificatie die verwijst naar het budget.

We hebben nu pas de voorlopige cijfers. Daarover is zeker nog niet het laatste woord gezegd.

Ik ben de eerste die de vertraging betreurt. Die is er gekomen omdat de administratie te lang gewacht heeft om de opdracht voor de audit uit te schrijven en toe te wijzen. Als de audit sneller besteld was, hadden we hem sneller gehad, maar ik heb daar zelf niets over te zeggen. Ik weet niet of het opzettelijk was. Er was een notificatie over de beslissing en ik ben nu eenmaal iemand die alles uitvoert.

15.05 **Karin Jiroflée** (sp.a): Ook ik betreur de vertraging bijzonder, maar ik noteer dat wij in november 2017 de resultaten zullen zien. Ik vond in de huidige fase de audit echter niet nodig.

15.06 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Het probleem met de oplevering in november 2017 heeft als nefast gevolg dat een aantal wijkgezondheidscentra die een goedkeuring hadden, die nog in de pijplijn

moratoire sera-t-il bien levé le 30 juin? Quelle est la méthode de cet audit?

15.04 **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Le texte de la mission d'audit a été soumis au Comité général de gestion de l'INAMI le 22 mai et au Comité général de gestion le 29 mai. Dans l'intervalle, l'audit a effectivement démarré. Le rapport final doit être livré au plus tard pour le mois de novembre prochain.

Une étude a été réalisée en ce qui concerne la maison médicale de Menin. Une concertation a eu lieu avec la maison médicale et avec les autres prestataires de soins. Ce processus a donc également démarré.

Quant au moratoire, je vous renvoie à la notification de la décision du gouvernement du 20 octobre 2016, en vertu de laquelle plus aucun dossier relatif à une maison médicale ne sera approuvé et le budget sera gelé dans l'attente des résultats de l'audit. De nouvelles demandes en vue d'une entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier peuvent être acceptées dans le cadre du budget disponible et pour autant que le dossier ait été soumis à l'INAMI avant le 8 octobre 2016.

La date de la prise en considération est toujours celle de la demande. Menin peut donc être approuvé aussi, mais nous avons une notification qui renvoie au budget.

Nous venons seulement de recevoir les chiffres provisoires. Il est clair que le dernier mot n'a pas encore été dit sur cette question.

Je suis la première à regretter ce retard. Il provient du fait que l'administration a trop tardé à lancer le marché et à l'attribuer. Si cet audit avait été commandé plus tôt, nous en aurions disposé plus rapidement mais je n'ai pas voix au chapitre en la matière. Je ne sais pas si ce retard était délibéré. La décision a été notifiée et j'ai coutume de tout exécuter.

15.05 **Karin Jiroflée** (sp.a): Je déplore moi aussi en particulier ces lenteurs, mais je note que les résultats seront disponibles en novembre 2017. Au stade actuel, cet audit ne me semblait en effet pas être nécessaire.

15.06 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Le fait que ces résultats soient fournis en novembre 2017 a de fâcheuses conséquences: plusieurs maisons médicales qui avaient été approuvées, dont le

zitten en nu onder het moratorium vallen, op geld van bepaalde provinciebesturen konden rekenen, maar dat geld nu hoogstwaarschijnlijk zullen verliezen.

15.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Dat u de vertraging betreurt, volstaat niet. De tekst om de audit uit te voeren, werd pas eind mei goedgekeurd, terwijl het moratorium eind juni zou aflopen. Nu zal het moratorium doorlopen tot de resultaten van de audit bekend zijn, d.w.z. eind november.

15.08 Minister Maggie De Block (Nederlands): In afwachting van de resultaten van de audit worden geen dossiers voor medische huizen goedgekeurd en wordt het budget bevroren, maar binnen het beschikbare budget konden er nog wel nieuwe aanvragen met datum van inwerkingtreding vanaf 1 januari 2017 goedgekeurd worden, ondanks het feit dat de audit niet afgerond was.

15.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Hoe moeten de actoren op het terrein daaruit nu nog wijs worden? De federaties en de medische huizen hebben deze informatie niet.

15.10 Minister Maggie De Block (Frans): Het is een notificatie, iedereen heeft die gekregen.

15.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): U opent een deur door te zeggen dat er afhankelijk van het beschikbare budget eventueel nieuwe aanvragen kunnen behandeld worden. De federaties en de medische huizen kennen enkel de datum waarop de audit geofficialiseerd werd. Ze weten niet wat er nu verder zal gebeuren. Zal het moratorium toch aflopen op 30 juni, ook als de audit niet afgerond is, of loopt het verder tot de resultaten eind 2017 bekendgemaakt worden?

De manier waarop de items worden gerealiseerd zou openbaar gemaakt moet worden, zodat iedereen weet waar men aan toe is en kan reageren.

15.12 Minister Maggie De Block (Frans): Wij voeren de audit niet uit.

15.13 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): U moet wel de voorwaarden voor de verspreiding van de resultaten ervan vastleggen.

15.14 Minister Maggie De Block (Frans): Daarom moest een en ander aan het beheerscomité van het RIZIV en aan het verzekeringscomité worden voorgelegd.

dossier est toujours à l'étude et qui tombent à présent sous le coup du moratoire alors qu'elles pouvaient compter sur le financement de certains conseils provinciaux, devront plus que vraisemblablement s'en passer.

15.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Vous regrettez les retards mais cela ne suffit pas. L'outil pour réaliser l'audit n'est avalisé que fin mai, alors qu'il était prévu que le moratoire s'arrête fin juin et qu'il sera poursuivi jusqu'aux résultats de l'audit, fin novembre.

15.08 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): En attendant les résultats de l'audit, aucun dossier de maisons médicales ne sera approuvé et le budget sera gelé. Mais dans le cadre du budget disponible de nouvelles demandes avec date d'entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2017 ont néanmoins pu être approuvées, malgré le fait que l'audit n'était pas bouclé.

15.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Comment voulez-vous que les acteurs de terrain s'y retrouvent? Les fédérations ou les maisons médicales n'ont pas cette information.

15.10 Maggie De Block, ministre (en français): C'est une notification, tout le monde l'a.

15.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Vous ouvrez une porte en disant qu'en fonction des disponibilités budgétaires, de nouvelles demandes peuvent éventuellement être traitées. Les fédérations et les maisons médicales ne savent que la date à laquelle l'audit a été officialisé. Ils ignorent ce qui va se passer ensuite. Le moratoire va-t-il s'arrêter le 30 juin, même si l'audit n'est pas terminé ou va-t-il se poursuivre jusqu'à la publication de ses résultats, fin 2017?

Il faudrait rendre publique la manière dont les items sont réalisés pour que chacun sache de quoi il retourne et puisse réagir.

15.12 Maggie De Block, ministre (en français): Ce n'est pas nous qui faisons l'audit.

15.13 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Il vous appartient de fixer les conditions de diffusion des résultats.

15.14 Maggie De Block, ministre (en français): C'est pourquoi cela devait passer devant le comité de gestion de l'INAMI et la commission des assurances.

(Nederlands) Wij hebben daar een regeringscommissaris. Het zijn de zorgverstrekkers en de ziekenfondsen die daar zitten.

15.15 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Maar u bent wel degene die het vraagt.

15.16 Minister Maggie De Block (*Frans*): Ja! Een bedrag van 18 miljoen vind ik abnormaal, terwijl er een studie is die van bijna tien jaar geleden dateert!

(Nederlands) Als daarvoor geen verantwoording moet worden gegeven, dan is dat geen goed bestuur.

15.17 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Iedereen was het erover eens dat er een audit moest worden gevraagd. Een audit moet echter gezamenlijk worden uitgewerkt. Uw moratorium is er nu en wij zijn te laat; dat doet problemen rijzen als er geen transparantie is en er geen informatie wordt verspreid.

15.18 Yoleen Van Camp (N-VA): Dit lijkt meer op een gedachtewisseling. We kunnen dit misschien op een gepast moment bespreken.

15.19 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Het is niet omdat een vraag u niet bevalt dat ze langer is...

15.20 Yoleen Van Camp (N-VA): Daar kan altijd in opvolgvragen nog dieper op ingegaan worden. De inhoud van de vragen heeft daar niets mee te maken.

15.21 Minister Maggie De Block (*Nederlands*): Sommigen zeggen dat ze terugkomen, maar doen dat niet. Ik kom terug.

Het incident is gesloten.

16 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gewijzigde vergoedingsvoorwaarden voor de geneesmiddelen die tot de klasse van de normale menselijke immunoglobulinen behoren" (nr. 18835)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorwaarden voor de terugbetaling van immunoglobulinen" (nr. 18932)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "immunoglobulinen" (nr. 19374)

(En néerlandais) Un commissaire du gouvernement a été désigné. Ce sont les prestataires de soins et les mutualités qui y siègent.

15.15 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Mais c'est vous qui le demandez.

15.16 Maggie De Block, ministre (*en français*): Oui! Je trouve anormal un montant de 18 millions, alors qu'il y a une étude qui date d'il y a près de dix ans!

(En néerlandais) Le fait de ne pas devoir rendre de comptes à ce sujet ne témoigne pas d'une bonne gouvernance.

15.17 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Tout le monde était d'accord pour demander un audit. Mais un audit doit se construire collectivement. Il y a votre moratoire et nous sommes en retard, ce qui pose problème s'il n'y a pas de transparence et de diffusion des informations.

15.18 Yoleen Van Camp (N-VA): Cette discussion ressemble davantage à un échange de vues qu'à un vrai débat. Peut-être pourriez-vous discuter de ce point à un moment opportun?

15.19 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Ce n'est pas parce qu'une question vous déplaît qu'elle est plus longue...

15.20 Yoleen Van Camp (N-VA): Il est toujours possible d'approfondir le sujet dans le cadre de questions de suivi. La teneur des questions n'a absolument rien à voir avec cela.

15.21 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): Certains disent qu'ils reviendront mais ne le font pas. Pour ma part, je m'y engage.

L'incident est clos.

16 **Questions jointes de**

- 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° 18835)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conditions de remboursement des immunoglobulines" (n° 18932)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les immunoglobulines" (n° 19374)

16.01 Catherine Fonck (cdH): In mei heb ik een motie in stemming laten brengen met een alternatief voorstel voor de beslissing die in april werd genomen en waarbij een behandeling met immunoglobulinen voor aids niet meer wordt terugbetaald, maar voor de andere immunodeficiëntiesyndromen wel.

Ik heb toen bepleit dat aidspatiënten die momenteel met immunoglobulinen worden behandeld, hun behandeling kunnen voortzetten op basis van een machtiging. Zo een machtiging kunnen ze verkrijgen na analyse van hun medische dossier door de adviserend geneesheer en een arts van de Belgian Primary Immunodeficiency Group (BPIDG).

Sommige van deze patiënten hebben van hun verwijzend specialist vernomen dat hun dure behandeling niet meer zal worden terugbetaald er dat er geen alternatieve oplossingen bestaan. Wie de middelen niet heeft, zal de behandeling simpelweg moeten stopzetten, met alle gevolgen van dien op het stuk van complicaties en infecties.

De reden die u hebt aangevoerd om de terugbetaling te wijzigen, is de forse stijging van de kosten, met name van 31 miljoen euro in 2007 tot 79 miljoen euro in 2016. Wat is de oorzaak van deze stijging? Een dergelijke zware behandeling wordt niet lichtvaardig voorgeschreven.

Kunt u uw standpunt ten aanzien van de patiënten die momenteel worden behandeld met immunoglobulinen herzien en hun, indien ze aan de voorwaarden voldoen, een machtiging tot terugbetaling verstrekken?

16.02 Yoleen Van Camp (N-VA): De minister heeft al uitgebreid geantwoord over de aanpassing van de terugbetalingsvoorwaarden, die gebaseerd is op wetenschappelijke bevindingen.

De communicatie is wel een werkpunt. Mensen moeten de juiste informatie krijgen. Is de minister bereid om aan de behandelende artsen te vragen om hun patiënten correct te informeren en door te verwijzen? Sommige artsen zouden hun patiënten namelijk niet doorverwijzen naar een arts die lid is van de The Belgian Primary Immunodeficiency Group (BPIDG), maar zelf de behandeling uitvoeren omdat ze ervan uitgaan dat de patiënt toch niet meer in aanmerking komt.

Wat gebeurt er met de behandelingen die patiënten die niet meer in aanmerking komen voor

16.01 Catherine Fonck (cdH): En mai, j'ai fait voter une motion contenant une proposition alternative à la décision prise en avril, selon laquelle il n'y a plus de possibilité de remboursement des immunoglobulines pour le sida – les autres syndromes d'immunodéficience pouvant toujours en bénéficier.

J'avais alors plaidé pour que les patients sidéens actuellement sous traitement par immunoglobulines puissent, sur la base du dossier individuel, avec le médecin conseil et un médecin du Belgian Primary Immunodeficiency Group (BPIDG), poursuivre leur traitement moyennant autorisation.

Certains de ces patients ont appris par leur médecin spécialiste référent que le traitement ne serait plus remboursé et qu'il n'existait pas d'alternative pour leur cas particulier. Vu les prix, cela revient à l'arrêt pur et simple du traitement et donc, sans doute, à complications infectieuses.

Vous aviez justifié cette modification du remboursement par l'augmentation importante du coût, passé de 31 millions d'euros en 2007 à 79 millions en 2016. À quoi cette augmentation est-elle due? Un tel traitement, fort lourd, n'est pas prescrit à la légère.

Pouvez-vous revoir votre position à l'égard des patients traités jusqu'à présent par immunoglobulines et leur accorder une autorisation de remboursement si c'est justifié?

16.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Dans une réponse précédente, la ministre s'est déjà étendue sur l'adaptation des conditions de remboursement, laquelle se fonde sur les connaissances scientifiques.

La communication, elle, est un point qui mérite un effort d'amélioration. Les patients doivent être bien informés. La ministre est-elle prête à demander aux médecins traitants d'informer correctement leurs patients et de les adresser à des confrères? Certains médecins n'adresseraient en effet pas leurs patients à un médecin membre du Belgian Primary Immunodeficiency Group (BPIDG) mais réaliseraient eux-mêmes le traitement en partant du principe que le patient n'est de toute manière plus éligible à un remboursement.

Quid des traitements dont ont bénéficié des patients qui ne sont plus éligibles à un remboursement avant

terugbetaling voor oktober 2017 hebben gekregen? Worden die wel of niet terugbetaald?

In sommige centra zijn er geen wachtlijsten, terwijl in andere centra patiënten tot vijf maanden moeten wachten op een afspraak. Zal daar iets aan gedaan worden?

Klopt het dat de terugbetaling van immunoglobulines enkel via de ziekenhuisapotheek kan? Klopt het dat de patiënt geen schriftelijke bevestiging ontvangt van de goedkeuring tot terugbetaling? Kan de geldigheidsduur van het BPIDG-attest vermeld worden, of blijft het attest eeuwig geldig?

Hoeveel patiënten lijden aan primaire immuundeficiëntie (PID)? Hoeveel werden er doorgestuurd naar een gespecialiseerde arts? Aan hoeveel patiënten werd vroeger wel terugbetaald en nu niet meer? Blijft de terugbetaling gegarandeerd tot het einde van de terugbetalingsperiode? Kan de minister de artsen de opdracht geven om hun patiënten schriftelijk in te lichten tot hoelang hun huidige goedkeuring tot terugbetaling loopt? Zal ze de opdracht geven aan het RIZIV om duidelijke instructies te geven aan de ziekenfondsen, zodat zij hun leden duidelijk kunnen informeren?

16.03 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Vóór de herziening per groep in 2013 werden in hoofdstuk IV voor elke specialiteit in de klasse van de normale immunoglobulines de terugbetalingsvoorwaarden in een paragraaf omschreven, met vermelding van alle terugbetaalbare indicaties voor de specialiteit. Voor de periode tot 1 januari 2014 is het onmogelijk om het gebruik per terugbetaalbare indicatie te onderscheiden. Bij de herziening werd de logica van de Europese wetgeving betreffende de registratie van de terugbetaalbare indicaties gevolgd: de basisindicaties werden in een gemeenschappelijke paragraaf samengevoegd en de terugbetaling van de andere indicaties werd in de volgende en aparte paragrafen opgenomen.

De terugbetaalbare indicaties waarop uw vraag betrekking heeft, staan in de gemeenschappelijke paragraaf en het is dus onmogelijk om hun gebruik te onderscheiden. Indien er volgens die paragraaf geen terugbetaalbare pathologie is, kan de behandeling met normale menselijke immunoglobuline niet meer toegepast worden na het verstrijken van de geldigheidsperiode van die goedkeuring tot terugbetaling. De behandelende arts zal in overleg met de patiënt en in functie van de pathologie een andere optie kiezen.

octobre 2017? Seront-ils ou non remboursés?

Dans certains centres, il n'y a pas de listes d'attente tandis que dans d'autres, il faut patienter jusqu'à cinq mois pour obtenir un rendez-vous. Que comptez-vous faire pour y remédier?

Est-il exact que le remboursement des immunoglobulines n'est possible que par le biais d'une pharmacie hospitalière et que les patients ne reçoivent pas de confirmation écrite de l'approbation de remboursement? Est-il possible de mentionner la durée de validité de l'attestation délivrée par le BPIGD ou cette attestation a-t-elle une durée illimitée?

Combien de patients souffrent-ils d'un déficit immunitaire primaire? Combien ont-ils été adressés à un médecin spécialiste? Combien de patients avaient-ils droit au remboursement alors que ce n'est plus le cas maintenant? Le remboursement reste-t-il garanti jusqu'à la fin de la période de remboursement? La ministre peut-elle charger les médecins d'informer leurs patients par écrit de la durée de validité de leur approbation de remboursement? Chargerait-elle l'INAMI de donner des instructions claires aux mutualités pour qu'elles puissent informer précisément leurs membres?

16.03 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Avant la révision par groupes en 2013, chaque spécialité d'immunoglobuline normale avait son paragraphe du chapitre IV et ses conditions de remboursement incluant toutes les indications remboursables pour la spécialité. Pour la période précédant le 1^{er} janvier 2014, on ne peut donc distinguer l'utilisation par indication remboursable. Lors de la révision, la logique de la législation européenne de l'enregistrement des indications remboursables a été suivie: les indications de base étaient inscrites dans un paragraphe commun, le remboursement des autres indications dans des paragraphes suivants et distincts.

Les indications remboursables sur lesquelles porte votre question figurent dans le paragraphe commun: on ne peut donc pas distinguer leur utilisation. Si aucune pathologie remboursable selon ce paragraphe n'est retenue, la poursuite du traitement par immunoglobuline normale humaine ne sera plus possible dès la fin de la période de validité de cette autorisation. Avec le patient et en fonction de la pathologie, le médecin traitant prendra une autre option.

(Nederlands) De patiënten die nog recht hebben op terugbetaling, kunnen hun behandeling verderzetten.

Het RIZIV heeft nog geen cijfers. Wij zullen ze later schriftelijk aan mejuffrouw Van Camp bezorgen.

Ik heb vernomen dat sommige patiënten een dag voor hun afspraak telefonisch verwittigd worden dat hun afspraak niet meer doorgaat, terwijl ze nog steeds recht op terugbetaling hebben. Dat kan natuurlijk niet. De patiënten moeten een eerlijke uitleg krijgen.

Het klopt dat de informatie op de website van het RIZIV niet zo overzichtelijk is en niet zo leesbaar. We hebben het RIZIV daar op gewezen.

Wij zullen het RIZIV vragen om na te gaan wat het aantal dagelijkse dosissen is om een idee te krijgen van de evolutie van het aantal.

Het probleem was niet alleen dat het budget exponentieel steeg, maar ook dat wij niet zeker zijn dat er bij de patiënten wel op wetenschappelijk basis werd vastgesteld dat ze de therapie nodig hadden. Er is een beperkte voorraad immunoglobuline. We willen zeker zijn dat patiënten die daar echt afhankelijk van zijn, het kunnen krijgen.

Als mejuffrouw Van Camp haar vraag omzet in een schriftelijke vraag, zal ik de cijfers kunnen geven.

16.04 Catherine Fonck (cdH): Stellen dat de stijging van het budget vooral te wijten is aan het verkeerd voorschrijven of een verkeerde indicatie lijkt mij bijzonder kort door de bocht.

Wat moet men patiënten zeggen die met menselijke immunoglobulinen behandeld worden, die niet onder categorie 6790 vallen en die van een gemandateerde BPIDG-arts te horen krijgen dat de behandeling moet worden voortgezet? In plaats van de terugbetaling automatisch te verlengen zou men samen met de adviserend arts en de arts van de BPIDG via een bijzondere procedure de dwingende indicatie voor de behandeling moeten aantonen.

16.05 Yoleen Van Camp (N-VA): De minister erkent de problematiek van patiënten die niet meer doorverwezen worden en koudweg afgewezen worden voor hun behandeling. Welk gevolg koppelt ze daaraan? Komt er een nieuwe communicatie

(En néerlandais) Les patients qui ont encore droit à un remboursement peuvent poursuivre leur traitement.

L'INAMI ne dispose pas encore de chiffres. Nous les ferons parvenir ultérieurement par écrit à Mlle Van Camp.

J'ai appris que certains patients ne sont avertis par téléphone de l'annulation de leur rendez-vous que la veille alors qu'ils ont encore droit à un remboursement. C'est inconcevable. Il convient de fournir aux patients des explications honnêtes.

Je reconnais que les informations diffusées sur le site web de l'INAMI ne sont ni très claires ni très lisibles. Nous avons attiré l'attention de l'INAMI sur ce point.

Nous demanderons à l'INAMI d'examiner quel est le nombre de doses journalières pour avoir une idée de la manière dont il évolue.

Le problème n'est pas seulement que le budget connaît une croissance exponentielle mais également que nous ne sommes pas certains que la nécessité de cette thérapie pour les patients ait été établie scientifiquement. Le stock d'immunoglobulines est limité. Nous voulons avoir l'assurance que les patients pour qui ce traitement est vital puissent l'obtenir.

Si Mlle Van Camp transforme sa question en question écrite, je pourrai lui communiquer les chiffres.

16.04 Catherine Fonck (cdH): Dire que l'augmentation du budget est principalement due à une mauvaise prescription/mauvaise indication me semble particulièrement réducteur.

Que faut-il dire aux patients traités par immunoglobulines humaines qui ne sont pas dans la catégorie 6790 et à qui un médecin du BPIG dit qu'il faut continuer ce traitement? Au lieu de leur accorder automatiquement une prolongation de remboursement, on devrait, avec le médecin-conseil et le médecin du BPIG, démontrer l'indication inéluctable du traitement par une procédure particulière.

16.05 Yoleen Van Camp (N-VA): La ministre reconnaît que le fait que les patients soient abandonnés et que leur traitement soit froidement décommandé, pose problème. Quelle suite réservera-t-elle à ce problème? Une nouvelle

voor de behandelende artsen?

16.06 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Ik heb gehoord dat artsen zich niet baseren op officiële communicatie, maar op wat er in de krant staat. Op basis daarvan zeggen ze aan patiënten dat ze het van de minister niet meer mogen geven, terwijl er nog wel een toelating was. Als dat een deskundige uitleg is, dan vind ik dat zeer verontrustend.

16.07 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik heb dat ook gehoord. Ik betreur dat. Daarom vraag ik of er een nieuwe communicatie zal komen. Misschien helpt een herinnering.

De procedure voor de aanvraag in de ziekenhuisapotheek is mij niet duidelijk. Ik neem aan dat er geen schriftelijke bevestiging nodig is.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vragen nrs. 18864 en 18865 van mevrouw Jadin en 18868 van de heer Flahaux worden omgezet in schriftelijke vragen.

17 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stavaza inzake de pilootprojecten mHealth en telegeneeskunde" (nr. 18878)**

17.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Inzake mHealth en Telehealth liep een aantal proefprojecten.

Zijn deze intussen afgerond? Welke resultaten kunnen eruit worden afgeleid? Mogen we beleidswijzigingen verwachten? Zullen apps of teleconsultaties met een gunstige kosten-batenverhouding voortaan kunnen worden terugbetaald?

17.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Er werden 98 dossiers ingediend na de projectoproep. In oktober 2016 selecteerde een jury 24 projecten.

Tussen december 2016 en februari 2017 werden de in aanmerking genomen projecten besproken, bijvoorbeeld in verband met de budgettaire aspecten of om projecten met een gelijkaardige inhoud van verschillende mensen samen te brengen.

communication sera-t-elle élaborée à l'égard des médecins traitants?

16.06 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Il m'est revenu que certains médecins ne se fondent pas sur la communication officielle mais sur ce qu'ils lisent dans les journaux. Ils expliquent sur cette base que "la ministre n'autorise plus le traitement", et ce, alors même qu'une autorisation était toujours valide. Si telle est l'explication scientifique donnée, cela me paraît très inquiétant.

16.07 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Cette information m'est également revenue. D'où ma question de savoir si une nouvelle communication sera élaborée. Une piqûre de rappel peut être bénéfique.

La procédure à suivre pour la demande auprès des pharmacies hospitalières ne me paraît pas très claire. Je présume qu'une confirmation écrite n'est pas nécessaire.

L'incident est clos.

La **présidente**: Les questions n^{os} 18864 et 18865 de Mme Jadin et 18868 de M. Flahaux sont transformées en questions écrites.

17 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'état d'avancement des projets pilotes en matière de santé mobile et de télémédecine" (n° 18878)**

17.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Plusieurs projets pilotes s'articulant autour de mHealth et Telehealth étaient en cours.

Sont-ils clôturés depuis lors? Quels sont les résultats obtenus? Pouvons-nous espérer des ajustements de la politique en la matière? Le recours aux apps ou aux téléconsultations pourra-t-il désormais être remboursé moyennant un rapport coût/bénéfice avantageux?

17.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): 98 candidatures ont été introduites après le lancement de l'appel à projets et en octobre 2016, 24 projets ont été sélectionnés par un jury.

Entre décembre 2016 et février 2017, les projets retenus ont été examinés, par exemple pour ce qui est des aspects budgétaires ou dans le but de regrouper différents projets aux contenus similaires.

De eerste projecten zijn gestart in februari 2017. Anderen zijn later begonnen. Alle projecten duren zes maanden. De eindbeoordeling zal voor begin 2018 zijn.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsdoelstellingen" (nr. 18879)

18.01 Yoleen Van Camp (N-VA): In het regeerakkoord heeft de minister zich ertoe geëngageerd om samen met de deelstaten concrete gezondheidsdoelstellingen te formuleren.

Wat is de stand van zaken? Welk overleg is er al geweest en wat is er nog gepland? Wat zijn de concrete doelstellingen? Hoe zal de minister daaraan werken?

18.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Het kenniscentrum zal eind 2017 een lijst hebben met de bestaande federale gezondheidsobjectieven op basis van de federale beleidsnota's en van gezondheidsobjectieven van internationale organisaties als WHO en de Europese Commissie. Op basis van het performantierapport zal het centrum daarnaast een lijst van mogelijke gezondheidszorgdoelstellingen voorstellen. Er zal ook een vergelijkende studie zijn tussen landen met een verschillende methodologische benadering bij het bepalen van de gezondheidsdoelstellingen. Het hoofddoel is om het aantal jaren in goede gezondheid te verhogen, de bestaande gezondheidsongelijkheden terug te dringen en de internationale engagementen van België na te komen. Alle Gewesten en Gemeenschappen worden via de interministeriële conferentie uitgenodigd om mee te werken aan die lijst van federale gezondheidsobjectieven.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opwaardering van het verpleegkundig beroep" (nr. 18880)

19.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Het regeerakkoord bevat ook de opwaardering van het verpleegkundige beroep, onder meer door de omzetting van de EU-richtlijn hierover. Wat is de stand van zaken?

Les premiers projets ont été lancés en février 2017. Les autres ont débuté plus tard. Tous les projets ont une durée de six mois. L'évaluation définitive est prévue pour début 2018.

L'incident est clos.

18 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les objectifs en matière de santé" (n° 18879)

18.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Dans l'accord de gouvernement, la ministre s'est engagée à formuler des objectifs spécifiques en matière de santé en collaboration avec les entités fédérées.

Où en est-on sur le plan de la formulation de ces objectifs? Quelle concertation a déjà eu lieu et quelles actions prévoit-on encore? Quels sont les objectifs spécifiques? Comment la ministre va-t-elle y travailler?

18.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Fin 2017, le centre d'expertise disposera d'une liste reprenant les objectifs fédéraux existants en matière de santé sur la base des notes fédérales de politique générale et des objectifs en matière de santé poursuivis par des organisations internationales telles que l'OMS et la Commission européenne. Sur la base du rapport de performance, le centre proposera en outre une liste d'objectifs éventuels en matière de soins de santé. Une étude comparant les pays qui adoptent une approche méthodologique différente en vue de déterminer leurs objectifs en matière de santé sera également réalisée. Le but principal est d'augmenter le nombre d'années où l'on est en bonne santé, de résorber les inégalités existantes en matière de santé et d'honorer les engagements internationaux de la Belgique. Toutes les Régions et Communautés seront invitées par le biais de la conférence interministérielle à contribuer à l'élaboration de cette liste des objectifs fédéraux en matière de santé.

L'incident est clos.

19 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la revalorisation de la profession infirmière" (n° 18880)

19.01 Yoleen Van Camp (N-VA): L'accord de gouvernement prévoit également une revalorisation de la profession infirmière, laquelle passe notamment par la transposition de la directive UE en la matière. Quelle est aujourd'hui la situation?

19.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): De verpleegkundigen zijn een van de gezondheidsberoepen in het KB 78. We willen de verpleegkundige autonomie versterken via een dynamische en positieve beroepsomschrijving, de introductie van het begrip 'functionele autonomie' en de vervanging van de lijstjes van handelingen door richtsnoeren ontwikkeld door het werkveld en experts.

Momenteel is er een publieke consultatieronde over het KB 78. De commentaren zijn merendeels positief, maar de artsen hebben problemen met de hiërarchie en bepaalde politieke actoren vrezen een inbreuk op het medische gezag. Ik vind dat artsen en verpleegkundigen complementair moeten werken, zonder hiërarchie maar met respect voor elkaar. Het klopt niet dat de arts het altijd beter weet.

Het zijn de Gemeenschappen die de conformiteit met de Europese voorwaarden van de richtlijn 2013/55, omgezet in de wet van 10 mei 2015, moeten waarborgen. In Wallonië werden maatregelen getroffen. Vlaams minister Crevits heeft mij gemeld dat ook de HBO5-opleidingen georganiseerd zijn binnen het Europees geëiste kader.

19.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Nadat de minister maatregelen heeft genomen om betere zorg voor minder geld te hebben en de verspilling in de zorg aan te pakken, zijn de donkere wolken rond de begroting opgeklaard. We moeten nu budget vrijmaken voor de opwaardering van de verpleegkundigen, zowel thuis als in het ziekenhuis.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vragen nrs. 18891 van mevrouw Jadin en 18896 van de heer Piedboeuf worden omgevormd in schriftelijke vragen.

20 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NIPT-test" (nr. 18907)
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NIPT-test" (nr. 19033)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de draagwijdte van de NIPT-test" (nr. 19058)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van

19.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Les infirmiers sont l'une des professions de santé visées par l'arrêté royal n° 78. Nous entendons renforcer leur autonomie en donnant une description dynamique et positive de leur activité, en introduisant le concept d'"autonomie fonctionnelle" et en remplaçant les listes d'actes par des lignes directrices définies par des acteurs de terrain et des experts.

L'arrêté royal n° 78 est actuellement soumis à une consultation publique. Les commentaires sont généralement positifs mais les médecins ont des problèmes avec la hiérarchie et certains acteurs politiques redoutent une atteinte à l'autorité médicale. J'estime que les médecins et le personnel infirmier doivent travailler de manière complémentaire, sans lien hiérarchique mais moyennant un respect mutuel. Il n'est pas vrai que le médecin est toujours le plus compétent.

Il appartient aux Communautés d'assurer la conformité de ces dispositions avec les conditions européennes prévues dans la directive 2013/55, transposées dans la loi du 10 mai 2015. En Wallonie, des mesures ont été prises. La ministre flamande Hilde Crevits m'a signalé que les formations HBO5 sont, elles aussi, organisées conformément aux exigences européennes.

19.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Après que la ministre a pris des mesures en vue d'assurer une plus grande qualité des soins pour un coût moins élevé et en vue de s'attaquer au gaspillage dans le secteur, les nuages noirs qui assombrissaient les perspectives budgétaires ont été dissipés. Nous devons à présent libérer des moyens pour la revalorisation du personnel infirmier, tant à domicile qu'en milieu hospitalier.

L'incident est clos.

La **présidente**: Les questions n° 18891 de Mme Jadin et n° 18896 de M. Piedboeuf sont transformées en questions écrites.

20 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test DPNI" (n° 18907)
- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test prénatal non invasif (TPNI)" (n° 19033)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la portée du test DPNI" (n° 19058)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires

Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de multidisciplinaire follow-up van personen met het downsyndroom" (nr. 19327)

20.01 Karin Jiroflée (sp.a): Vanaf 1 juli zullen zwangere vrouwen nog maximaal 8,68 euro moeten betalen voor de NIPT-test (Niet-Invasieve Prenatale Test). Voor vrouwen met een verhoogde tegemoetkoming wordt de test zelfs gratis. Dat is een hele vooruitgang ten opzichte van de huidige kostprijs van 290 euro. Organisaties als Downvereniging Vlaanderen en de CM hebben echter ook ethische bedenkingen bij de maatregel.

Moeten er geen richtlijnen komen voor de artsen? De NIPT-testen van universitaire centra zouden ook meer chromosomale afwijkingen opsporen dan de commerciële labs. Moet dat aspect niet worden geregeld?

20.02 Els Van Hoof (CD&V): Een laagdrempelige NIPT-test is een goede zaak en die 15 miljoen euro is daarom nuttig besteed, maar er zijn inderdaad al ethische elementen in de media aan bod gekomen. Breder gesteld leeft in de maatschappij nog een verkeerd beeld over wat leven met een handicap betekent. Hoe we dienen om te gaan met de nieuwe mogelijkheden van een NIPT-test gaat dus veel dieper dan die laagdrempeligheid.

Die dimensie missen we in de huidige voorstellen.

Naar verluidt zou elke arts deze test kunnen uitvoeren en de toekomstige ouders hierin begeleiden. Klopt dat? Hoe heeft de minister de competenties van de artsen op dit vlak ingeschat? Overweegt ze de opleiding van een soort referentieartsen en gynaecologen of bestaat dit al? Hoeveel van die 15 miljoen euro zal ze daarvoor uittrekken? Zal zij ter zake ook een multidisciplinaire benadering ontwikkelen? Hoe? Waar brengt prenatale screening ons en hoe kunnen wij ons als maatschappij voorbereiden op de ethische dilemma's dienaangaande? Welke initiatieven neemt de minister om het maatschappelijk debat hierover op gang te brengen?

20.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Met betrekking tot de terugbetaling van de NIPT-test hebben heel wat opiniemakers al over zowel de sociale als ethische aspecten geschreven. Maar het ene

sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge multidisciplinaire de la trisomie 21" (n° 19327)

20.01 Karin Jiroflée (sp.a): Dès le 1^{er} juillet, les femmes enceintes ne devront plus déboursier que 8,68 euros au maximum pour le test DPNI (dépistage prénatal non invasif). Pour les femmes bénéficiant d'une intervention majorée, le test est même gratuit. Cela représente un grand progrès par rapport au coût actuel de 290 euros. Des organismes tels que la Downvereniging Vlaanderen et les mutualités chrétiennes émettent néanmoins des réserves d'ordre éthique par rapport à la mesure.

Ne doit-on pas prévoir des directives pour les médecins? Aussi, les tests DPNI des centres universitaires dépisteraient davantage d'anormalités chromosomiques que les laboratoires commerciaux. Ne doit-on pas régler cette question?

20.02 Els Van Hoof (CD&V): Un test DPNI à un prix abordable est une bonne chose, c'est pourquoi ces 15 millions d'euros ont été bien utilisés, mais il est vrai que les médias ont déjà fait état de considérations éthiques. Si l'on prend un peu de hauteur, on s'aperçoit que la société véhicule encore des idées fausses sur ce que cela signifie de vivre avec un handicap. La question de savoir comment nous devons nous positionner à l'égard des nouvelles possibilités offertes par le test DPNI va donc bien au-delà de la question de leur accessibilité.

Cette dimension est absente des propositions actuelles.

Il me revient que chaque médecin ferait réaliser ce test et accompagnerait les futurs parents dans cette démarche. Est-ce exact? Comment la ministre a-t-elle évalué les compétences des médecins en la matière? Envisage-t-elle de former une espèce de médecin de référence et gynécologue ou cela existe-t-il déjà? Quelle part des 15 millions d'euros annoncés y consacra-t-elle? Mettra-t-elle également en place une approche multidisciplinaire dans ce domaine? De quelle manière? Que nous apporte le dépistage prénatal et comment la société peut-elle se préparer aux dilemmes éthiques y afférents? Quelles initiatives compte prendre la ministre pour lancer un débat sociétal sur ce thème?

20.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): S'agissant du remboursement du test DPNI, toute une série de faiseurs d'opinion ont déjà écrit sur les aspects sociaux comme éthiques de cette question. Mais un

aspect is niet ondergeschikt aan het andere, het is gewoon van een andere orde. Ik juich de maatregel toe, zoals elke maatregel die de gezondheidskloof kan verkleinen

Tussen de routinematige tests duiken er steeds meer nieuwe tests op van een andere orde, die meer te maken hebben met de vroegtijdige opsporing van een aantal handicaps. Is de minister het met mij eens dat het recht op informatie in een duidelijke taal voor men de test uitvoert, een randvoorwaarde is om die test verruimd toe te passen? Zijn de zorgverstrekkers daarvoor wel voldoende opgeleid? Hoe zal zij hieraan verhelpen?

Vindt de minister dat ook het recht op niet-weten alle respect verdient en niet mag leiden tot schuldinductie? Hoe zal zij dat mee bewerkstelligen?

Is de minister het met mij eens dat het recht op kwaliteitsvolle zorg ook na een veralgemeende invoering van de NIPT-test integraal en voor alle patiënten moet blijven gelden, dus ook voor kinderen met het downsyndroom? Na vijftien jaar van patiëntenrechten blijkt uit de cijfers van de federale ombudsdienst dat de betrokken wet immers nog altijd onvoldoende bekend is bij patiënten en zorgverstrekkers. Hoe kan de minister dit oplossen?

20.04 Daniel Senesael (PS): Begin juni verscheen een door tien specialisten in de multidisciplinaire verzorging van trisomie 21 ondertekend en aan u gericht opiniestuk in de pers. De ondertekenaars betreuren dat ze niet erkend zijn en geen bijkomende middelen kunnen krijgen.

We juichen uw beslissing toe om de prenatale test voor trisomie 21 terug te betalen. Zullen alle vrouwen recht hebben op de terugbetaling van de NIPT-test?

Er is een specifieke opvolging nodig met betrekking tot de gezondheidstoestand en de levenskwaliteit van de kinderen met deze afwijking. Zonder overheidssteun dragen de ziekenhuizen en de privéfondsen de loonlasten van de consultaties. Bent u bereid om deze praktijk door het RIZIV te laten erkennen? Kan er hiervoor een financiering worden geormerkt? Overweegt u ontmoetingen met beroepsbeoefenaars en met patiëntenverenigingen?

20.05 Minister Maggie De Block (Nederlands): Ook ik blijf ervan overtuigd dat de invoering van een algemene terugbetaling van de NIPT-test voor

aspect n'est pas inférieur à l'autre, il est simplement d'un autre ordre. J'applaudis à cette mesure, ainsi qu'à chaque mesure susceptible de réduire la fracture sanitaire.

À côté des tests de routine, on voit se multiplier peu à peu de nouveaux tests d'un autre genre, davantage axés sur le dépistage précoce de certains handicaps. La ministre considère-t-elle, comme moi, que le droit du patient à recevoir des informations dans une langue claire, préalablement au test, est une condition périphérique pour étendre son application. Les prestataires de soins sont-ils suffisamment formés à cet effet? Quels sont les moyens d'y remédier?

La ministre estime-t-elle que le droit de "ne pas savoir" est un choix tout aussi respectable et ne peut être matière à culpabilisation? Comment la ministre compte-t-elle s'y prendre?

La ministre considère-t-elle qu'après l'introduction généralisée du test NIPT, tous les patients, donc les enfants atteints du syndrome de down aussi, doivent conserver intégralement leur droit à des soins de qualité? Les chiffres du médiateur fédéral révèlent d'ailleurs que, 15 années après son entrée en vigueur, la loi sur les droits du patient reste encore méconnue des patients et des prestataires de soins. Comment la ministre compte-t-elle résoudre ce problème?

20.04 Daniel Senesael (PS): Début juin, une carte blanche signée par dix spécialistes de la prise en charge multidisciplinaire de la trisomie 21 vous a été adressée. Les signataires regrettent de ne pas être reconnus et de ne pouvoir bénéficier de moyens supplémentaires.

Nous saluons votre décision de rembourser le test de dépistage prénatal de la trisomie 21. Toutes les femmes bénéficieront-elles du remboursement du test NIPT?

L'état de santé et la qualité de vie des enfants porteurs de cette anomalie nécessitent un suivi spécifique. Sans aide publique, les hôpitaux et les fonds privés supportent la charge salariale des consultations. Seriez-vous encline à faire reconnaître cette pratique par l'INAMI? Un financement pourrait-il être débloqué? Des rencontres avec les professionnels et les associations de patients sont-elles envisagées?

20.05 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Je suis par ailleurs convaincue que l'instauration du remboursement généralisé du test NIPT pour toutes

iedereen een vooruitgang is. De overgrote meerderheid van zwangere personen laat zich nu al testen op trisomie-21. Dat kan gebeuren met de triple test, een oudere test die minder accuraat is, of met de gecombineerde eerstetrimesterscreening. Met die tests, waarmee bepaalde parameters in het bloed opgespoord worden, wordt in combinatie met de gegevens van een echografie van de vrucht en de leeftijd van de zwangere vrouw een statistisch risico berekend om al dan niet een kind met trisomie-21 te dragen. Dat leidde tot een aantal valse positieve resultaten, waardoor een koppel nodeloos zeer pijnlijke overwegingen moest maken. Een positieve test werd aangevuld met een vruchtwaterpunctie, maar die lokten jaarlijks 50 miskramen uit. Er waren ook pijnlijke valse negatieve resultaten: de test was goed en op het einde werd toch een kindje met trisomie-21 geboren. Dat was elke keer ethisch heel moeilijk.

Die weinig accurate test kan worden vervangen door de NIPT-test met een accuraatheid van 98,8%, waardoor de kans op vals negatieve testen veel lager ligt en het risico op vals positieve tests nagenoeg verwaarloosbaar wordt, zodanig dat de overbodige puncties kunnen worden vermeden, voor iedereen. Dat was voor mij een voorwaarde.

Uiteraard kan de aanvraag van zo'n test door de huisarts, de behandelende gynaecoloog of in een centrum pas gebeuren nadat informatie is gegeven aan de betrokkene en nadat overlegd is met het koppel over de medische en ethische context van de test. Het is het recht van iedere patiënt om te worden geïnformeerd, zeker over zo'n zaak. Het is in het begin dat al die uitleg nodig is. Dat was tot op vandaag ook al de taak van de arts. Bij de NIPT-test gaat men het genetisch materiaal van de vrucht onderzoeken. De uitleg zal dus sowieso simpeler zijn.

Het spreekt vanzelf dat men aan een koppel moet vragen of het zo'n test wil. Natuurlijk heeft men het recht om die test te weigeren.

Als het testresultaat gekend is, dan moet worden beslist of men de zwangerschap laat verdergaan of wil afbreken. Er zijn dus twee keuzemomenten. Het volste zelfbeschikkingsrecht en de geïnformeerde toestemming vind ik belangrijk.

De principes van informatieverstrekking en counseling worden niet gewijzigd omdat we een veel performantere test zullen inzetten vanaf 1 juli. Vandaag worden al veel van die tests uitgevoerd op kosten van het koppel zelf. Sommige aanvullende

les femmes constitue une avancée. La majeure partie des femmes enceintes effectuent d'ores et déjà un dépistage prénatal de la trisomie 21, soit à l'aide du triple test qui est moins récent et moins fiable, soit à l'aide du test combiné du premier trimestre. Combinés aux données fournies par une échographie du fœtus et à l'âge de la femme enceinte, ces tests de détection de certains paramètres dans le sang permettent d'évaluer statistiquement le risque d'avoir un enfant atteint de trisomie 21. L'obtention d'un certain nombre de résultats faux positifs contraignait inutilement un couple à envisager des choix particulièrement pénibles. Un test positif était complété par une amniocentèse qui était cependant responsable de 50 fausses couches par an. De faux négatifs étaient également douloureux: les résultats du test étaient bons et au final, il s'avérait que le nouveau-né était atteint de trisomie 21. D'un point de vue éthique, ce type d'expérience était toujours très pénible.

Ce test peu fiable peut être remplacé par le TPNI, qui affiche une fiabilité de 98,8 %, réduisant ainsi sensiblement les risques de faux négatifs et excluant quasiment les faux positifs. Toutes les futures mères peuvent donc éviter les ponctions inutiles. C'était pour moi une condition indispensable.

Il est évident qu'avant de demander au médecin généraliste, au gynécologue traitant ou aux responsables d'un centre de procéder à un tel test, l'intéressée doit avoir été informée et il faut avoir discuté avec le couple des aspects médicaux et éthiques du test. Toute patiente a le droit d'être informée, à plus forte raison s'agissant d'un tel risque. Ces explications doivent être fournies en début de grossesse. Cette tâche était déjà confiée au médecin. Le matériel génétique de l'embryon est analysé lors d'un TPNI. Les explications seront en tout cas plus simples.

Il faut naturellement demander au couple s'il souhaite se soumettre à un tel test et, libre à lui, évidemment, de le refuser.

Une fois que le résultat du test est connu, la femme doit décider si elle souhaite poursuivre ou interrompre la grossesse. Elle a donc deux décisions à prendre. Le droit de disposer pleinement de soi-même et le consentement éclairé me semblent importants.

L'introduction d'un test nettement plus performant à partir du 1^{er} juillet ne modifiera en rien les principes d'information et de consultation. Aujourd'hui, ce test est déjà souvent effectué aux frais du couple et certaines assurances complémentaires

verzekeringen komen ook een beetje tussen. Het is goed dat dit nu door onze gewone ziekteverzekering wordt terugbetaald.

Wij mogen er vanuit gaan dat opgeleide artsen weten wat deze test inhoudt en wat de werkwijze is. Als dat moet worden opgenomen in het onderwijs, zal ik dat aankaarten bij de deelstaten. Bijkomende opleidingen zijn niet nodig. Het kan wel aan bod komen in een bijscholing.

(Frans) Het recht op kwaliteitszorg moet uiteraard gegarandeerd worden voor alle kinderen, vooral voor degenen die dreigen meer problemen te krijgen. Deze terugbetalingsmaatregel verandert niets aan de ethische en deontologische beginselen waarop onze gezondheidszorg gestoeld is.

Mijnheer Senesael, ik wist niet dat mevrouw Onkelinx een budget voor de multidisciplinaire teams had beloofd en dat het budget niet werd toegekend. Ik zal dat natrekken.

(Nederlands) Men had niet hoeven te wachten op de invoering van de NIPT-test om het ethische debat te voeren over prenatale screening. Dat debat zat er al aan te komen vanaf het moment dat men het menselijk genoom begon te ontrafelen, maar het is goed dat het er geweest is. Ook heb ik het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek om een advies gevraagd. We moeten zicht krijgen op wat de toekomst brengt inzake prenatale screening en genetische counseling.

In universitaire centra zijn er uitgebreidere testen. Dit zijn tertiaire centra, waarnaar vrouwen kunnen worden doorverwezen als er uitgebreider genetisch onderzoek nodig is. Dat is echter niet waar het nu over gaat. Vandaag gaat het over de nomenclatuur voor het opsporen van trisomie 21. Universitaire centra mogen met toestemming van de patiënt ook andere chromosomale afwijkingen opsporen, maar die onderzoeken worden niet terugbetaald.

Als we alle zwangere vrouwen naar een genetisch centrum zouden sturen, dan zouden veel vrouwen volgens mij niet gaan. De bedoeling is net een toegankelijke test voor elke vrouw. Er zijn trouwens wel degelijk kwaliteitsgaranties. Alle labo's die de testen mogen afnemen, moeten aan zeer strikte voorwaarden voldoen.

Ik heb in de pers de zotste dingen gelezen, alsof het nu onaanvaardbaar wordt om een kind met

intervient partiellement. Le fait qu'il soit désormais couvert par notre assurance maladie ordinaire est une bonne nouvelle.

On peut présupposer que les médecins savent ce que contient ce test et comment on s'en sert. S'il faut adapter leur formation universitaire en ce sens, je le signalerai aux entités fédérées. Il n'est pas nécessaire de prévoir des formations supplémentaires. Ce sujet peut être abordé dans le cadre d'une formation continue.

(En français) Le droit à des soins de qualité doit bien sûr être garanti pour tous les enfants, surtout ceux qui risquent d'avoir davantage de problèmes. Cette mesure de remboursement ne change en rien les principes éthiques et déontologiques qui fondent nos soins de santé.

Monsieur Senesael, j'ignorais que Mme Onkelinx avait promis un budget aux équipes multidisciplinaires et que ce budget n'avait pas été donné. J'investiguerai.

(En néerlandais) Il aurait mieux valu ne pas attendre l'introduction du TPNI pour mener le débat éthique sur le dépistage prénatal. Ce débat s'annonçait dès lors que l'on a commencé à décortiquer le génome humain, mais il est positif qu'il ait eu lieu. J'ai également demandé l'avis du Comité consultatif de Bioéthique. Nous devons nous faire une idée de ce que l'avenir nous réserve en matière de dépistage prénatal et de conseils génétiques.

Des tests plus élaborés sont pratiqués dans les centres universitaires. Il s'agit de centres tertiaires, vers lesquels certaines femmes peuvent être renvoyées si une analyse génétique plus étendue est nécessaire. Ce n'est toutefois pas de cela qu'il s'agit en l'occurrence. Il s'agit aujourd'hui de la détection de la trisomie 21. Les centres universitaires peuvent rechercher d'autres anomalies chromosomiques, avec l'autorisation du patient concerné, mais ces examens ne seront pas remboursés.

Si nous envoyions toutes les femmes dans un centre génétique, beaucoup de femmes refuseraient selon moi de s'y rendre. Or l'idée est précisément de rendre le test accessible à toutes les femmes. Il existe, au demeurant, de réelles garanties de qualité. Tous les laboratoires habilités à effectuer des tests doivent satisfaire à des conditions très strictes.

J'ai lu des choses inouïes dans la presse, comme s'il devenait à présent inacceptable de laisser naître

trisomie 21 geboren te laten worden. Dat is niet de bedoeling. De test is er voor ouders die zekerheid willen en vervolgens vrij moeten kunnen kiezen. Wat voor maatschappij zouden wij zijn als we vinden dat deze kinderen niet geboren mogen worden?

Het is altijd een beslissing van het koppel zelf. Ik heb mij geërgerd aan sommige debatten, die weinig subtiel waren. Hoe moeten mensen die hiermee zelf geconfronteerd worden, zich voelen bij een dergelijk plat debat?

Ik ben tevreden met de terugbetaling van de test, maar het debat is nog niet afgelopen. Het geeft ons de gelegenheid om te bepalen welke testen wij willen, hoe we ermee zullen omgaan en hoe het ons ideaalbeeld zal beïnvloeden van pasgeborenen.

20.06 Karin Jiroflée (sp.a): Ook ik vind het een gunstige evolutie en heb mij geërgerd aan de platte manier waarop sommigen praten over een delicate kwestie.

20.07 Els Van Hoof (CD&V): De houding van de minister is geruststellend.

Er moet inderdaad overleg gepleegd worden met de Gemeenschappen. Er is te weinig aandacht voor communicatie in de opleiding van artsen. Communicatie en ethiek zijn nu vaak keuzevakken, maar worden alsmaar belangrijker gezien de genetische technologische vooruitgang.

Organisaties die te maken hebben met mensen met het downsyndroom hebben bezorgdheden geuit. We moeten nagaan of die terecht zijn en hen geruststellen als dat niet zo is.

Het is goed dat er advies gevraagd werd aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Dit moet ook op het niveau van de VN of UNESCO worden aangekaart. Het zou zinvol zijn om ook op internationaal niveau een kader te hebben waarin we met respect voor de mensenrechten kunnen handelen.

20.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Een dokter kan de test prima uitvoeren, maar problematische communicatieskills hebben. In de opleiding werd communicatie al ingebed in een aantal modules, maar in de praktijk kan er nog veel verbeteren. Soms worden tests met een ethisch aspect opgenomen in het gros van de gewone onderzoeken alsof het tests zijn als alle andere. Het zou geen kwaad kunnen als de minister dit

un enfant trisomique. Ce n'est pas le but. Le test existe pour les parents qui souhaitent être fixés et qui doivent ensuite pouvoir opérer leur choix librement. Quel genre de société serait une société estimant que ces enfants ne peuvent pas naître?

La décision appartient toujours au couple lui-même. Certains débats, peu subtiles, m'ont irritée. Quel sentiment un débat aussi plat doit-il susciter chez les personnes qui sont elles-mêmes confrontées à une telle situation?

Le remboursement du test constitue une bonne chose, mais le débat n'est pas clos pour autant. Cela nous donne l'occasion de décider des tests que nous souhaitons, de l'approche que nous adopterons à cet égard et de la manière dont tout cela influera sur notre idéal du nouveau-né.

20.06 Karin Jiroflée (sp.a): Il s'agit pour également d'une évolution positive mais moi aussi, j'ai été heurtée par la façon dont certains parlent d'une question aussi délicate.

20.07 Els Van Hoof (CD&V): La position adoptée par la ministre est rassurante.

Il s'indique en effet d'organiser une concertation avec les Communautés. La formation des médecins s'attache trop peu à la communication. Avec l'éthique, celle-ci fait aujourd'hui souvent partie des cours à option, des matières qui deviennent de plus en plus importantes en raison des progrès de la technologie génétique.

Les organisations qui s'occupent de personnes atteintes de trisomie 21 ont exprimé leurs préoccupations. Nous devons vérifier si celles-ci sont fondées et les rassurer si tel n'est pas le cas.

La demande d'avis adressée au Comité consultatif de Bioéthique est une bonne chose. Cette question doit également être évoquée à l'échelon de l'ONU ou de l'UNESCO. Il serait judicieux de créer également à l'échelle internationale un cadre dans lequel nous pourrions progresser dans le respect des droits de l'homme.

20.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Un docteur peut parfaitement exécuter le test, mais ne pas être doué pour la communication. Au cours de la formation, la communication avait déjà été insérée dans plusieurs modules mais, dans la pratique, il y a encore beaucoup de progrès à faire. Parfois, on mêle des tests qui revêtent un aspect éthique à la grande masse des tests ordinaires comme s'ils ne différaient en rien des autres. Cela ne pourrait faire

bespreekt met de deelstaten.

de tort si la ministre discutait de ces thématiques avec les entités fédérées.

Het incident is gesloten.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 19149 van de heer Flahaux, 19252 van mevrouw Lahaye-Battheu, 19345 en 19346 van mevrouw de Coster-Bauchau worden omgezet in schriftelijke vragen.

La **présidente**: Les questions n° 19149 de M. Flahaux, n° 19252 de Mme Lahaye-Battheu, n° 19345 et n° 19346 de Mme de Coster-Bauchau sont transformées en questions écrites.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.55 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 55.